



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADOS NAS
EXPECTATIVAS DA MULHER SOBRE A SUA
PARTICIPAÇÃO NO NASCIMENTO***

Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca

2013



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADOS NAS
EXPECTATIVAS DA MULHER SOBRE A SUA
PARTICIPAÇÃO NO NASCIMENTO***

Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca, nº aluna 3823

Orientadora: Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos

2013

“Qualquer mulher que receba assistência pré-natal nos grandes hospitais modernos corre o risco de deixar de se sentir criadora activa, o 'eu' que, à sua maneira ímpar, cria um bebé ímpar. Em termos de valores humanos, trata-se de uma perda que é difícil, se não impossível, calcular.”

Sheila Kitzinger

Agradeço

Ao meu marido pela inspiração e coragem....

Aos meus filhos pela paciência...

Ao meu pai pelo apoio e ajuda...

Às colegas pela ajuda preciosa e pelas ideias brilhantes...

À Professora Anabela pela sua orientação, incentivo e por toda a disponibilidade que sempre teve para me ensinar e corrigir...

À Mestre Enf.^a Especialista Cecília pelos conhecimentos teóricos e práticos imprescindíveis, pela amizade e por me escutar...

A todas as mulheres que acederam participar neste trabalho...

Resumo

Este relatório de EC apresenta o percurso do estágio com relatório, integrado no 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, focalizando o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de competências nas estratégias de cuidados de enfermagem especializados que aumentem a satisfação da parturiente em sala de partos. O modelo teórico escolhido foi o de Orem em que a palavra-chave “autocuidado” tem uma relação íntima com a autonomia e a participação, palavras basilares do meu trabalho.

A metodologia utilizada foi baseada na Revisão Sistemática da Literatura, procurando resposta para a questão, em formato PI[C]O: **“Que cuidados de enfermagem prestados pelo EESMOG fomentam/beneficiam a participação activa da mulher no trabalho de parto?”**

Para além desta pesquisa procedeu-se à realização de entrevistas às parturientes e puérperas de modo a investigar-se quais as expectativas que tinham relativamente à sua participação antes do parto e se foram atingidas no pós-parto e também à elaboração de um filme com os resultados para sensibilizar os enfermeiros da importância de tal temática e um modelo de plano de parto em que constasse as idealizações e desejos das mulheres. As conclusões a que cheguei foram: os profissionais de saúde são encarados como elementos fundamentais para a mulher, a mesma que procura uma equipa humanizada em que possa confiar. A transmissão de expectativas realistas em relação à vivência do TP e parto torna-se um marco prioritário. Daí a importância da preparação para a parentalidade em que se inicia uma relação de confiança, valorização e escuta de modo a preparar o casal para um momento tão especial, facilitando a experiência de forma satisfatória. Os aspectos mais valorizados pelas grávidas na vivência do parto foram o nascimento do bebé sem complicações e a presença do companheiro. No que toca às puérperas, refere-se o contacto pele-a-pele, a ansiedade e a dor.

A ICM (2000) e a OE (2010) declaram que é muito importante o envolvimento da Mulher e Família em todas as tomadas de decisão e no desenvolvimento do plano de cuidados para uma gravidez saudável e uma experiência de parto bem-sucedida.

Palavras-chave: Gravidez, preparação para a parentalidade, trabalho de parto, cuidar, expectativas, participação/empowerment.

Abstract

This report shows the course of the final internship, built in the 2nd Masters in Maternal Health and Midwifery of ESEL, focusing both on the theoretical and skills development strategies for skilled midwifery care, aiming to increase the satisfaction of the mothers in the delivery room, as related to their expectations regarding participation in childbirth. The theoretical model was chosen to Orem where the key word is “self-care” has a close relationship with the autonomy and active participation, basic words of my work

The methodology used was based on Systematic Review of the Literature, seeking to answer the question on PICO format: **"What nursing care provided by the Nurse-Midwife benefits the active participation of women in labor?"**

In addition to this research proceeded to conduct interviews to mothers and mothers to be investigating what expectations they had for their participation before delivery and were hit in the postpartum period and also the production of a film with results sensitize nurses to the importance of this issue and a model birth plan that were stated in the idealizations and desires of women. The conclusions reached were: health professionals are seen as key to the woman, the same as looking for a team you can rely humanized. The transmission of realistic expectations in relation to the experience of childbirth and TP becomes a landmark priority. Hence the importance of preparing for parenthood in beginning a relationship of trust, appreciation and listens to prepare the couple for a moment so special, facilitating the experience satisfactorily. The most prized by pregnant women in the experience of childbirth were the baby is born without complications and the presence of the companion. With regard to mothers, refers to skin-to-skin, anxiety and pain.

The ICM (2000) and OE (2010) state that it is very important the involvement of Women and Family in all decision-making and the development of the care plan for a healthy pregnancy and birth experience successful.

Keywords: Pregnancy, preparation for parenthood, labor, care, expectations, participation / empowerment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. QUADRO CONCEPTUAL.....	15
1.1. Gravidez.....	15
1.2. Preparação para a parentalidade	16
1.3. Trabalho de parto	18
1.4 Evolução histórica do nascimento	19
1.5 Cuidar, como essência de Enfermagem	20
1.5.1 Humanização	21
1.6 Expectativas da mulher relativamente ao trabalho de parto	22
1.7 Participação versus <i>Empowerment</i>	22
1.8 Autonomia.....	24
2. MODELO TEÓRICO	25
3. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO	28
3.1. Contexto e recursos necessários.....	28
3.2. Actividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados	29
3.3. Revisão Sistemática da literatura	30
3.4. Realização de Entrevistas.....	34
3.5. Realização do filme e do modelo de plano de parto.....	49
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA E GINECOLÓGICA	50
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
7. BIBLIOGRAFIA	65
APÊNDICES.....	69
Apêndice I Pedidos de autorização	70

Apêndice II Guião da entrevista	79
Apêndice III Consentimento informado	81
Apêndice IV Caracterização resumida da amostra	84
Apêndice V Verbatim das entrevistas	86
Apêndice VI Plano de Parto	98
ANEXOS	102
ANEXO I Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica - OE	103
ANEXO II Competências Essenciais Para a Prática Básica das Parteiras – ICM	113
ANEXO III Lei 9/2009 de 4 de Março	128

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1 – Elaboração das palavras chave a partir da questão em formato PI[C]O.

Quadro nº 2- Análise dos artigos seleccionados.

Quadro nº 3 – Expectativas das grávidas relativamente à sua participação durante o trabalho de parto

Quadro nº 4 – Idealizações das grávidas relativamente ao parto

Quadro nº 5 – Aspectos mais valorizados pelas grávidas na vivência do parto

Quadro nº 6 – Aspectos mais valorizados pelas puérperas na vivência do parto

Quadro nº 7 – Como participou no momento do parto?

LISTA DE SIGLAS

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BO – Bloco Operatório

BP – Bloco de Partos

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CST - Cesariana

CTG - Cardiotocografo

DPP - Data provável do parto

Dr. - Doutor

DUM – Data da Última Menstruação

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Enf.^a – Enfermeira

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FM – Feto Morto

g - gramas

HTA – Hipertensão Tensão Arterial

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ICM – Internacional Confederation of Midwives

IG - Idade Gestacional

IO - Índice obstétrico

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

ITP – Indução de Trabalho de Parto

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pág. – Página

RH - Rhesus

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

S. - Síndrome

SA – Sociedade Anónima

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SM – Saúde Materna

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

Sra. - Senhora

SUGO – Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

1º - Primeiro

2º - Segundo

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de formação académica, surge no âmbito dos objectivos pedagógicos programados para o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. É referente à unidade curricular – Estágio com Relatório.

Além de dar resposta aos conteúdos programáticos do CMESMO, este ensino clínico vem responder às directivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, publicada na Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de Setembro, e transposta para o direito nacional na Lei nº 9/2009 de 4 de Março, página 1515, quando se refere ao ensino prático e ensino clínico do programa de estudos para as parteiras (anexo III).

O presente trabalho teve por base o projecto de intervenção clínica, que foi entregue anteriormente.

Um projecto é um processo dinâmico e contínuo, em que há um planeamento de acções a executar, tendo como função elaborar e definir estratégias para solucionar um determinado problema, perspectivando os resultados. É a passagem do desejo à intenção e desta à acção (Botelho, 1996).

Este relatório diz respeito ao percurso prático desenvolvido durante os vários ensinamentos clínicos.

A realização de um relatório de intervenção clínica, tem como objectivo o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais, sociais, éticas e científicas na área de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros e a ICM (anexos I e II).

Segundo SANTOS (1999),

...“o relatório torna-se um momento altamente formativo, que nos permite olhar para trás, (...) possibilita pensar um dever, a criação de um horizonte que (...) evoca um limite, uma distância a percorrer que pressupõe uma duração e se situa no futuro, mas este limite não é na realidade, senão uma etapa que quando transposta, resgata novo horizonte...”(pág. 30)

A temática escolhida diz respeito às **expectativas da mulher relativamente à participação no nascimento do seu filho – cuidados de enfermagem que aumentem a satisfação da parturiente em sala de partos.**

A vivência do parto é, geralmente, um momento singular e uma experiência marcante e significativa na vida de uma mulher. Durante anos, esse acontecimento e os sentimentos experienciados frente ao nascimento do seu filho serão lembrados, nos mínimos detalhes, pela mulher que teve a oportunidade de o gerar e parir.

Assim, o parto é normalmente aguardado com ansiedade pela generalidade dos casais e constitui um marco extremamente significativo nas suas vidas.

A hospitalização do parto acarretou procedimentos rotineiros, invasivos, autoritários e impessoais, interferindo na condução normal do parto, propiciando o uso de técnicas intervencionistas para a mulher e o bebé. Isto fez com que a parturiente ficasse cada vez mais distante de ser protagonista do seu parto, submetendo-se passivamente às instruções dos técnicos de saúde.

Durante o trabalho de parto e parto a maioria das mulheres não vê confirmadas as suas expectativas prévias dado que se sente excluída das decisões médicas e de enfermagem, considera-se pouco preparada e com poucos conhecimentos, vivencia um elevado número de emoções negativas, assim como níveis elevados de dor (Pedras, 2007).

Esta temática foi escolhida com base no crescente interesse despertado ao longo das aulas, nas várias disciplinas inseridas neste curso e na percepção de observar que poucas vezes as idealizações feitas por estas mulheres ficam muito aquém da realidade. A actualidade deste tema e o facto de estar em voga nas várias maternidades do país também contribuíram para essa eleição.

Esse mesmo interesse recrudesciu quando também houve passagem para o lado de ser cuidada, como parturiente, tendo despertado a atenção para pormenores que antes não eram tidos como importantes. Enquanto enfermeira no serviço de obstetrícia sempre verifiquei que as expectativas das parturientes ficavam muito distantes do ideal que elas haviam formado. O trabalho de parto acabava por ser um momento revestido de grande sofrimento. Da experiência pessoal, a participação foi nula, já que a opinião e os sentimentos não foram sequer ouvidos nem questionados. Ao longo dos vários estágios constatei que pouco se falava sobre os direitos na maternidade. Não se proporcionava um

espaço de abertura e na grande maioria as mulheres desconheciam os seus direitos em trabalho de parto.

Assim, para os futuros enfermeiros especialistas, é de grande importância perceber as expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto, para que os cuidados se adequem aos desejos e decisões da parturiente, reconhecida com respeito, confiança e valor de modo a aumentar a sua satisfação em sala de partos.

A comprovar, a ICM (2000) declara que a parteira se compromete a apoiar a mulher nas suas escolhas informadas, garantindo contextos e experiências seguras. As parteiras envolvem a Mulher e a sua Família em todas as tomadas de decisão e no desenvolvimento do plano de cuidados para uma gravidez saudável e uma experiência de parto bem sucedida.

A OE (2010) refere que o papel específico dos enfermeiros especialistas na promoção da saúde das mulheres em idade reprodutiva e suas famílias incluem a parceria com as mulheres na promoção de autocuidado, o respeito pela dignidade humana assim como todos os direitos humanos e defesa das mulheres, a fim de que as suas vozes sejam ouvidas.

Assim, enuncia-se a pergunta de partida como fio condutor deste trabalho: **“Que cuidados de enfermagem prestados pelo EESMOG fomentam/beneficiam a participação activa da mulher no trabalho de parto?”**

Como objectivos do projecto traçaram-se os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos sobre as expectativas e participação da mãe durante o trabalho de parto, através da revisão narrativa da literatura e da revisão sistemática da literatura.
- Realizar entrevistas às mulheres nos dois estádios: grávidas e puérperas (sendo as mesmas) relativamente às suas expectativas para o nascimento.
- Realizar uma análise e reflexão sobre os resultados das várias pesquisas e das entrevistas.

O enfermeiro, ao longo do percurso profissional, deve desenvolver aptidões que melhorem os cuidados prestados. Ao longo deste estágio pretendeu-se desenvolver as seguintes competências:

- Identificar as expectativas que as mulheres têm do trabalho de parto, de modo a prestar cuidados individualizados.
- Alcançar a perícia e a excelência nos cuidados de enfermagem de modo a trabalhar em parceria com a mulher, incentivando à participação activa e tomada de decisão tendo em conta os aspectos psicossocioculturais da parturiente.
- Assegurar a qualidade e melhoria dos cuidados de enfermagem do EESMO na sala de partos, fomentando o desenvolvimento, a identidade, a autonomia, a responsabilização e prestígio da profissão.
- Promover uma assistência humanizada, tendo em conta a privacidade, a individualidade e o respeito pelos valores éticos e culturais da parturiente.
- Favorecer o envolvimento e poder de decisão da mãe nos cuidados de enfermagem prestados na sala de partos.
- Consciencializar e sensibilizar o EESMO para a relevância do conhecimento das expectativas da parturiente em relação ao seu parto, realizando um filme tendo em conta a evidência científica.
- Efectuar um modelo de plano de parto.

Organizou-se este trabalho em sete capítulos: o primeiro com a introdução, o segundo com o quadro conceptual (no qual incluo os respectivos conceitos: gravidez, preparação para a parentalidade, trabalho de parto, evolução histórica do nascimento, cuidar, humanização, expectativas, participação/empowerment, autonomia), o terceiro com o modelo teórico segundo Orem, o quarto com a metodologia e plano de trabalho, a revisão sistemática da literatura e análise qualitativa. No quinto capítulo reflectir-se-á sobre as competências desenvolvidas, no sexto proceder-se-á às considerações éticas e por último far-se-ão as considerações finais, com a subsequente reflexão.

1. QUADRO CONCEPTUAL

A problemática do trabalho centra-se nas expectativas da mulher no trabalho de parto relativamente à sua participação activa. Assim, a partir do problema de investigação definido anteriormente e para o qual se pretende encontrar resposta, de forma a delimitar a área problemática, é importante reflectir, clarificar e aprofundar determinados conceitos-chave fundamentais para esta área de interesse.

Os conceitos que surgiram no decurso da pesquisa para definição do problema foram: gravidez, preparação para a parentalidade, trabalho de parto, evolução histórica do nascimento, cuidar, humanização, expectativas da mulher relativamente ao trabalho de parto, participação/*empowerment* e autonomia.

1.1. Gravidez

Durante a gravidez ocorrem uma série de adaptações físicas e morfológicas profundas e multissistémicas no organismo materno, de forma a responder às necessidades metabólicas que a gravidez impõe ao corpo da mulher, a proteger o seu funcionamento fisiológico da mulher, a prepará-la para o parto e lactação e também para satisfazer as necessidades do crescimento/desenvolvimento fetal.

É importante ajudar a mulher a compreender e a aceitar as alterações corporais, que são fisiológicas, com o objectivo de diminuir a ansiedade, capacitando a mulher/casal sobre os sintomas e sinais de alerta numa gravidez.

Segundo Maldonado (2005), a gravidez é um período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher grávida e de todos os que participam do processo de nascimento, em especial o companheiro e futuro pai. É um período de transição, de mudanças de identidade e de papéis sociais, em que são necessárias novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos.

A gestação é um processo complexo, único, especial e multidimensional que é influenciada pelas experiências anteriores dos envolvidos, pelas suas crenças, valores, cultura e educação e pelo contexto existencial, assistencial e socioeconómico em que ocorre (Lowdermilk, 2008).

Durante aproximadamente 40 semanas, a grávida terá que resolver cada uma das tarefas de desenvolvimento que caracterizam este período no sentido de garantir o bom ajustamento ao seu novo papel: 1. aceitar a gravidez; 2. aceitar a realidade do feto; 3. reavaliar a relação com os pais; 4. reavaliar a relação com o cônjuge; 5. aceitar o bebé como uma pessoa separada; 6. reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (Figueiredo, 2002).

Este é um período caracterizado por elevadas exigências psico-emocionais, necessárias para a normal adaptação à gravidez e para o ajustamento saudável ao papel materno (Mendonça, 2004). Quando existe um projecto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, psicologicamente permite a preparação para ser mãe.

De facto, a educação para a saúde facultada ao casal ajuda-os a viverem uma gravidez e um parto mais salutar.

1.2. Preparação para a parentalidade

A parentalidade diz respeito à transição para novos papéis e novas responsabilidades. O facto de ter havido uma crescente preocupação na alteração do nome que se dava aos cursos de preparação para o parto para o nome de preparação para a parentalidade tem a ver com o facto de cada vez mais se preocupar não só em abordar a parte física/psíquica e as alterações decorrentes do trabalho de parto e parto como também, em fazer educação para a saúde proporcionando algumas ferramentas que são essenciais para se ser mãe/pai, num horizonte temporal muito mais alargado do que o momento do parto.

Sobressai a importância do papel do EESMO como educador nos cursos de preparação para a parentalidade. Segundo a ICM e a OE, é ele que tem competências para conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (Sardo, Leite e Côtó, 2007).

A preparação para a parentalidade deve proporcionar à mulher autoconfiança, maturidade, conhecimento e compreensão de si mesma. A estratégia de acção educativa possibilita o conhecer do seu corpo e desenvolver segurança e tranquilidade no gestar e parir.

As grávidas que frequentam as aulas de preparação para a parentalidade apresentam maior conhecimento dos procedimentos a ter, tais como os posicionamentos a optar, a respiração e o relaxamento, mostrando-se assim mais calmas e tranquilas durante o parto (Couto, 2006).

Os enfermeiros que promovem estes cursos valorizam a dor que as mulheres irão sentir, mas abordam-na com as grávidas ouvindo as suas expectativas e aceitando-as, contribuindo assim para a formação de expectativas realistas, que por sua vez conduzam a experiências de parto mais positivas e ajustadas. Obviamente que isto não pressupõe que se deixe de falar sobre as formas de alívio da dor existentes à sua disposição.

O profissional de enfermagem desempenha frequentemente um papel singular e imprescindível na promoção de uma gravidez e preparação para o parto saudável e na construção de um processo parental saudável, alicerçando ao bem-estar psicológico e cultural, o bem-estar físico e a adaptação às novas tarefas.

Na literatura são descritos vários métodos psico-profiláticos e de relaxamento que podem ser iniciados no pré-natal - Método de Dick-Read, Bradley e Método de Lamaze.

O **Método de Dick-Read** orienta sobre a fisiologia do parto, exercícios para a musculatura do períneo e do abdómen e técnicas de relaxamento. Possui como objectivo principal evitar a tríade medo – tensão – dor, pois baseia-se no facto de que o conhecimento destrói o terror e evita a tensão, controlando a dor (Pedras, 2007).

O **Método de Bradley** reafirma o parto como um processo normal. Tem como principal foco as variáveis ambientais, como o silêncio, para que o parto seja uma experiência o mais natural possível (Pedras, 2007; Freitas, 1996).

No **Método de Lamaze** que é também conhecido como método psico-profilático da dor, a mulher pode ser ensinada a substituir as suas reacções à dor, ao medo e à perda de controlo, por um comportamento mais positivo. O método de Lamaze incentiva a mulher e o seu acompanhante a uma participação activa no trabalho de parto e parto (Pedras, 2007).

Hoje em dia, os cursos de preparação para a parentalidade tendem a combinar aspectos das diversas abordagens dos métodos de Dick-Read, Lamaze e Bradley.

1.3. Trabalho de parto

A satisfação das mulheres em relação ao parto e nascimento do seu filho está intimamente ligada a diversos factores. Entre eles estão a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos sobre esse processo e, principalmente, a atenção e os cuidados recebidos no período do parto.

...“Se a gravidez é um estágio de desenvolvimento relativamente curto, o parto inaugura um estágio muito mais longo e difícil – a condição de ser mãe ou pai. (...) pode assim constituir-se num primeiro momento de crise no processo de desenvolvimento para a maternidade, uma crise que não deriva apenas do facto de as rotinas médicas e hospitalares serem pouco personalizadas, mas também da novidade, responsabilidades súbitas, mudanças de papel, e outras disposições físicas e psicológicas que a presença do bebé implica.”
(FIGUEIREDO, 2002, pág.356 a 357).

O parto configura-se como um momento único na vida de uma mulher, e o modo como este é vivenciado determina o bem-estar psicológico e a relação da puérpera com as suas figuras significativas, nomeadamente o bebé.

A experiência de parto relaciona-se com a idade, estado civil, escolaridade, história de psicopatologia, de problemas obstétricos ou de adversidades de vida, tipo de parto e de anestesia, primeiros contactos com o bebé, peso do bebé e antecipação do parto.

Segundo Lowdermilk (2008) e Graça (2005), o trabalho de parto divide-se em quatro estádios.

- Estadio I – do diagnóstico de trabalho de parto até à dilatação completa do colo do útero. Este estadio divide-se em três fases: a fase latente, a fase activa e a fase de transição.
- Estadio II – da dilatação do colo do útero até à expulsão/nascimento do feto. Tem uma duração média de vinte minutos para as múltiparas e cinquenta para as nulíparas.
- Estadio III – corresponde ao intervalo entre a expulsão do feto e a expulsão completa da placenta e membranas.
- Estadio IV – dura, em geral, cerca de duas horas após a expulsão placentária. É o período de recuperação imediata, também chamado de puerpério imediato, em que a homeostase se restabelece.

1.4 Evolução histórica do nascimento

Estudos antropológicos sugerem que as mulheres na pré-história (período Paleolítico Inferior – antiga idade da pedra 500.000 a 30 000 a. C.) faziam os seus partos sem ajuda. Isolavam-se do grupo, colocavam-se de cócoras, cortavam o cordão umbilical e queimavam a placenta.

Apesar de as mulheres parirem desde o início dos tempos e do seu corpo estar programado para a reprodução da espécie, as práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto sofreram grandes mudanças (Alexandre, 2011).

A passagem de homínido a homo sapiens e o advento do bipedismo (período Paleolítico Superior: 30.000 a 18.000 a.C.) tornou o parto bastante mais difícil. Com a evolução da espécie humana, a pélvis sofreu muitas alterações: estreitamento do canal pélvico, aumento na espessura dos ossos e fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico. Além disso, para dificultar o processo de parto, o volume do cérebro do recém-nascido aumentou e chegou próximo dos limites do canal ósseo. Tudo isto implica que o bebé faça uma série de movimentos de modo a que as duas partes do seu corpo de maiores dimensões (cabeça e ombros) estejam sempre alinhadas com o maior eixo do canal de parto (Kitzinger 1995).

A história mostra que, por muito tempo, a vivência da gestação e do parto foi do domínio exclusivo das mulheres. As mulheres participavam de forma activa durante o nascimento dos seus filhos, com apoio da parteira e dos familiares. Até essa época, os médicos não tinham interesse em dominar a prática sobre a reprodução por considerarem uma actividade suja, desvalorizada e inerente ao sexo feminino.

O nascimento era historicamente um evento social e natural que integrava a vivência reprodutiva da mulher, em que esta era a protagonista no seu parto. Até ao século XX, a mulher paria com a ajuda de parteiras de confiança e com o apoio da família. A partir daí, esse acontecimento que era íntimo e feminino passou a ser medicalizado (Pedras, 2007).

Pedras evoca que o parto deixa então de ser privado e passa a ser vivido de maneira pública, em que o patológico, em detrimento do biológico, é o mais

valorizado. À medida que se submetia às rotinas hospitalares, a mulher foi-se distanciando gradualmente do seu saber instintivo e natural. Perdeu o conhecimento do potencial funcional do seu corpo para viver o processo parturitivo, ao assumir uma posição passiva no momento do parto.

A mulher é retirada do seu *habitat* natural para um ambiente completamente novo, cheio de normas e rotinas, onde perde o controlo da situação, a que se associa o medo da dor do parto, do ambiente hospitalar, do bebé nascer com problemas, da solidão, da episiotomia, entre outros temores que produzem insegurança emocional. (Rezende, 1998; Couto, 2006).

Não querendo deixar de reconhecer os benefícios da tecnologia, destaca-se o facto de que as intervenções deverem ser realmente necessárias e cuidadosas, evitando-se os excessos, isto é, devem-se utilizar criteriosamente os recursos tecnológicos para que o cuidado possa ser executado de modo a atender às necessidades vivenciadas. Embora a medicalização tenha sido imprescindível para a diminuição da mortalidade/morbilidade materna e perinatal, a multiplicidade de aspectos emocionais, sociais e culturais envolventes no trabalho de parto influencia directamente a experiência do nascimento e a forma como decorre (Ayres, 1995).

Foi a partir dos anos oitenta, com a ajuda dos enfermeiros parteiros e do movimento de emancipação da mulher, que se iniciaram importantes mudanças na forma do seu atendimento, no que se refere à maior participação, informação, defesa de um atendimento humanizado, incluindo o respeito pelo processo fisiológico do parto e do nascimento e consciência dos direitos da mulher (Lowdermilk, 2008).

1.5 Cuidar, como essência de Enfermagem

Enfermagem é a arte de cuidar. O cuidar é a essência de Enfermagem. Na relação que se estabelece entre enfermeiro e parturiente é fundamental que o mesmo veja a mulher como um todo, que não precisa só de cuidados físicos. É importante demonstrar que não está sozinha neste momento de grande fragilidade e de insegurança, que há alguém com quem possa falar e desabafar, que a escuta activamente. É imprescindível que exista um elemento que a reconheça com respeito, confiança e valor.

Cuidar ...”é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (HESBEEN, 2000, pág. 37).

Cuidar o ser humano é um acto que requer empatia, sensibilidade e, também, conhecimento (Phaneuf, 2002).

O cuidar holístico do enfermeiro no Bloco de Partos proporciona um envolvimento ímpar assim como ajuda no crescimento relacional e na minimização da dor.

1.5.1 Humanização

O processo de humanização do nascimento envolve necessariamente uma mudança de atitudes da instituição, que deve estar estruturada e preparada para esta nova postura, incentivando, favorecendo, estimulando, treinando e controlando os seus profissionais para o desempenho destas tarefas. Além disso, as instituições devem também estar administrativa e estruturalmente preparadas para o processo, amparadas e suportadas por normas e directrizes emanadas pelas instituições responsáveis pela saúde no país.

A humanização consiste em promover conforto, disponibilidade e acolhimento à parturiente, propiciar para que tenha uma decisão livre e informada e que tome o seu papel como condutora do parto e não como coadjuvante, utilizando os recursos pessoais, afectivos, físicos e sociais de que dispõe (Brazelton, 1992). Humanizar o parto é permitir à mãe o direito de participar, de estar física e emocionalmente presente; é respeitar a mulher e criar mecanismos para integrá-la cada vez mais no processo da parturição.

Na humanização do atendimento ao parto, é importante que a mulher disponha de uma equipa para apoiá-la e orientá-la de forma eficaz. Neste contexto, não se pode deixar de ressaltar a importância do papel do enfermeiro, que tem o cuidar como essência profissional. Este papel deve ser exercido com ética, responsabilidade, competência e delicadeza, valorizando a mulher.

A lógica do humanizar é, acima de tudo, ficar ao lado, proporcionar conforto, orientações, escutar, esclarecer, comprometer-se com o nascimento de um novo ser, de forma segura, digna e responsável propiciando que a parturiente seja a protagonista desse processo único.

1.6 Expectativas da mulher relativamente ao trabalho de parto

As expectativas da parturiente são numerosas e variam de mulher para mulher; estão relacionadas com a experiência de parto anterior, suporte da pessoa significativa, suporte do pessoal de saúde, alívio da dor e a informação adquirida durante a gravidez - preparação pré-natal.

Além disso, um ambiente acolhedor, de segurança, confiança e estima, proporciona à mulher a consciência das suas possibilidades e responsabilidades, tendo em conta os seus desejos e expectativas e modelo da beneficência, autonomia e justiça (Pedras, 2007).

Quanto mais a mãe se encontrar envolvida e participar nas decisões relativas ao parto e também nos cuidados ao bebé logo a seguir ao parto, melhor é a experiência da parturiente e a qualidade da interacção entre mãe e bebé (Figueiredo, 2002; Costa, 2004). As respostas negativas e a insatisfação com o parto podem resultar em problemas emocionais e percepções negativas acerca do recém-nascido, o que dificulta o desenvolvimento da identidade materna e dos cuidados parentais. Uma percepção negativa da experiência de parto afecta o comportamento materno nos cuidados prestados ao bebé, à amamentação e à interacção mãe – bebé.

A função do enfermeiro é de grande responsabilidade, uma vez que ajuda na desmistificação deste evento repleto de fantasias e expectativas ao longo da gravidez e parto.

1.7 Participação versus *Empowerment*

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde.

É preciso levar em conta um factor muito debatido: quem é a protagonista do parto? A mulher parturiente está cada vez mais distante desta condição: totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, como facto inexorável, que é ela quem está com dor e quem vai parir.

O papel dos EESMO é de extrema importância, pois incutem segurança, o que contribui para a participação da mulher em trabalho de parto e favorece o exercício de cidadania e empowerment das parturientes (Tereso, 2005).

O empowerment ou empoderamento diz respeito à capacitação da pessoa para a tomada de decisão, autonomia e participação sobre o seu processo de saúde.

O profissional deve usar da melhor forma o conhecimento, facilitando a capacidade do outro para crescer, compreendendo e avaliando os seus sentimentos. A pessoa que recebe cuidados é que sabe o que sente e o que precisa, mas quem a cuida deve ajudá-la a clarificar os sentimentos e a cooperar com ela na mudança.

A educação para a saúde favorece o desenvolvimento da autonomia e empodera a mulher para tomar decisões baseadas nas suas necessidades, nos seus saberes. O atendimento humanizado com ênfase na educação ao casal grávido tem como objectivo promover a participação activa e informada de ambos na gestação, trabalho de parto, parto e nascimento de modo a promover o empowerment (Stotz, 1993).

As mulheres deveriam ser mais intervenientes dentro da equipa e os procedimentos deviam ser decididos com elas.

Está comprovada a importância da vigilância pré-natal e da preparação para a parentalidade porque lhes dá as ferramentas essenciais para que a experiência de parto seja de acordo com as suas expectativas (Pedras, 2007).

Fornecer a informação e as opções necessárias à mulher para que opte esclarecidamente no seu parto parece ser um aspecto crucial de apoio e valorização pela tomada de decisão neste momento tão importante.

A participação activa é o querer saber o que está a acontecer com o seu corpo, o ser ouvida relativamente aos seus sentimentos e medos, é o envolver-se nas decisões sobre os cuidados de saúde tomadas e acima de tudo a responsabilização pelo nascimento.

1.8 Autonomia

Autonomia é a capacidade que os seres humanos têm de produzir leis para si próprios, de se autogovernarem, de fazerem escolhas livres de interferências e assumir a responsabilidade por essas escolhas.

A tomada de decisão é feita sob uma multiplicidade de elementos, que incluem os desejos/objectivos do indivíduo, as suas expectativas, os seus conhecimentos sobre o problema colocado, e a conjugação dos seus valores com os valores do outro. Desta forma, encontra-se particularmente vulnerável a influências externas, podendo a sua expressão nem sempre reflectir os seus reais desejos (Leitão, 2010).

Promover a cidadania é tornar os cidadãos aptos para escolher e participar. O exercício do direito à cidadania pelas parturientes está relacionado com a autonomia e não com a submissão, em que lhes é reconhecida a capacidade da busca pelo bem-estar pessoal (Stotz, 1993).

É pois cada vez mais frequente, na prática da obstetrícia, encontrar parturientes que trazem consigo para a maternidade um “documento”, habitualmente conhecido como “plano de parto”, onde expõem os seus desejos para o seu trabalho de parto e parto. Apesar destes desejos, as decisões tomadas pelos profissionais deverão ter sempre em conta os princípios: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Diniz, 2008).

Quando se fala de autonomia em trabalho de parto, fala-se de um processo em que a mulher a quem se presta cuidados e respectiva família possam ser chamados ao centro de decisão, como membros de pleno poder e capacidade de decidir da forma mais vantajosa para si próprios. Este é sem dúvida um processo de grande complexidade, que numa aplicação plena pede aos profissionais de saúde que consigam a cada momento compreender que o respeito pela autonomia da mulher não constitui um dano na sua autonomia profissional, mas sim um incremento pela qualidade, participação e rigor ético obtido por meio deste processo (Leitão, 2010).

Através da conquista de autonomia, a mulher desenvolve o seu direito de cidadania, que consiste no equilíbrio da execução dos direitos e deveres de todos e de cada indivíduo, porém os direitos de um nunca poderão sobrepor-se aos do outro.

2. MODELO TEÓRICO

Como base orientadora, escolhi o modelo teórico de Dorothea Orem, pois considero todo o seu modelo de grande importância e riqueza e por se adequar ao meu relatório.

Em 1959, foi publicado pela primeira vez o conceito de enfermagem de Orem como provisão de auto-cuidado. Baseia-se na premissa de que os pacientes podem cuidar de si próprios. O modelo de Orem é baseado no princípio de que todos os pacientes desejam cuidar de si próprios. É um comportamento que implica o papel activo no seu desempenho em seu próprio benefício.

Em 1991, Orem apresenta a sua teoria geral de enfermagem, composta por três teorias inter-relacionadas: teoria do auto-cuidado, teoria do deficit de auto-cuidado e teoria dos sistemas de enfermagem.

A teoria do autocuidado de Orem engloba o autocuidado, a actividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é a prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. A actividade de autocuidado, constitui uma habilidade para se entrosar no autocuidado. A exigência terapêutica constitui a totalidade de acções de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e acções (Orem, 1991).

São três os requisitos de autocuidado ou exigências, apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 1980).

À capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo designa-se intervenção de autocuidado; a capacidade de cuidar dos outros é chamada de intervenção de cuidados dependentes. Sendo assim, no modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado (Orem, 1991).

A enfermeira especialista deverá ter, entre as várias qualidades, a dedicação para cuidar da mulher que está num momento muito especial, tendo em conta a sua holística. Ao escutar os seus desejos e expectativas, fomenta e respeita a sua autonomia.

Também enfatiza que os seres humanos são beneficiados por um potencial exclusivo para desenvolver, dentro deles, os recursos necessários à saúde, à

sua independência. Lutam pela auto-direcção e pela independência, desejando não apenas fazer o melhor uso das suas capacidades e potencialidades, como também serem responsáveis.

A teoria de déficit de autocuidado constitui a essência da teoria de Orem, quando a enfermagem passa a ser uma exigência a partir das necessidades de um adulto, e quando o mesmo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz.

Em relação ao metaparadigma de enfermagem, Orem discute no seu trabalho cada um dos quatro principais conceitos: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem.

O ser humano diferencia-se dos outros seres vivos porque tem a capacidade de reflectir sobre si mesmo e o ambiente que o cerca. Os seres humanos são diferenciados das outras coisas vivas pela sua capacidade de reflectir sobre si mesmo e o seu ambiente, simbolizar o que eles experimentam e usar as criações simbólicas (ideias, palavras) para pensar, comunicar-se e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para os outros". A forma como o indivíduo preenche as necessidades de autocuidado não é instintiva, mas um comportamento aprendido (Orem, 1980).

Orem (1991) apoia a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde como o estado de bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência da doença ou da enfermidade. Apresenta também a saúde com base no conceito de cuidado preventivo de saúde. A saúde tem por base a prevenção da saúde incluindo a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença e prevenção de complicações. Ou seja, a prevenção primária, a secundária e a terciária, respectivamente.

No seu conceito de sociedade, destaca que actualmente acredita-se que as pessoas adultas sejam responsáveis por si e pelo bem-estar de seus dependentes (Orem, 1980).

Orem (1991) definiu a enfermagem como um serviço de saúde especializado distinguindo-se de outros serviços humanos por ter o seu foco de atenção nas pessoas com incapacidades para a contínua provisão de quantidade e qualidade de cuidados num momento específico, sendo eles reguladores de seu próprio funcionamento e desenvolvimento.

O respeito pela individualidade, a confiança e a comunicação efectiva é a chave para a obtenção de cuidados de saúde materna de qualidade.

O estar presente, o saber por parte da mulher que o enfermeiro está sempre disponível é um passo muito importante. Porque como a autora refere, dentro de cada um estão as ferramentas necessárias para o auto-cuidado em que primam ideias como a busca pela independência, a participação e a autonomia. Os profissionais de enfermagem e, mais especificamente, os especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, têm o dever de prestar cuidados focalizados nas necessidades da mulher nos seus diferentes níveis.

Assim, é fundamental salientar que o respeito pela autonomia da mulher em trabalho de parto permite-lhe participar activamente no processo se for esse o seu desejo.

Por todas estas razões a escolha recaiu sobre esta teórica porque se identifica com o estudo em causa e porque se focaliza sobre várias palavras-chave que são a essência deste trabalho e que de certa forma auxiliará no entendimento e na resposta à pergunta de partida.

3. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

Neste capítulo irá constar a revisão sistemática da literatura assim como as actividades desenvolvidas, nomeadamente as entrevistas, um filme e o plano de parto. Além disso, realizar-se-á uma análise dos resultados obtidos.

A fase metodológica determina os métodos que se utilizarão para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 2003).

3.1. Contexto e recursos necessários

Este trabalho irá ser aplicado a mulheres durante a sua gravidez (Serviço Materno-Fetal) e puerpério internadas no Serviço Obstetrícia e parturientes do Bloco de Partos do Hospital X.

Trata-se de um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem uma grande área de influência. A diversidade multicultural vai de certa maneira enriquecer este relatório, uma vez que influenciará os resultados, expectativas e participação da mulher em trabalho de parto.

O **Serviço de Obstetrícia** é composto por duas alas: a ala A e a ala B.

Na ala A – existem 28 camas, em que 16 camas são do internamento materno-fetal. As 12 primeiras camas recebem puérperas de parto eutócico. As seis camas seguintes são para induções e as restantes para internamento de grávidas.

Na ala B existem 30 camas. Nesta ala recebem-se apenas puérperas, partos eutócicos e cesarianas.

Relativamente à caracterização do Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO): funcionam duas valências em espaços físicos autónomos: a Urgência Ginecológica e Obstétrica e o Bloco de Partos.

A **Urgência Ginecológica e Obstétrica** é composta por um gabinete da secretária da unidade, sala de triagem, sala de monitorização cardiotocográfica, três salas de observação, sala para a execução de pequenas cirurgias, unidade de internamento de curta duração (UICD) e duas instalações sanitárias.

O **Bloco de Partos** está organizado por seis salas denominadas de salas de dilatação, sala de deambulação, sala de observação do recém-nascido, sala de

enfermagem, três salas de parto, uma das quais preparada para funcionar como bloco operatório em situações de urgência, um bloco operatório, sala de recobro pós-parto, um gabinete médico, gabinete da Enf.^a Chefe, posto de enfermagem, copa, sala de arrecadação para material clínico, dois vestiários e três instalações sanitárias.

A filosofia deste serviço é humanizar os cuidados à grávida/puérpera/família atendendo à cultura e especificidade de cada um.

No ano de 2011 houve 3255 partos, dos quais 1755 foram eutócicos.

Em relação aos recursos humanos: docente orientadora, EESMO, peritos, orientadora dos ensinamentos clínicos e mães grávidas e puérperas.

Relativamente aos recursos materiais: livros técnicos e científicos, revistas científicas, base de pesquisa de dados electrónicos, locais de estágio, Pólos da ESEL, fotocopiadora, computador e acesso à internet.

3.2. Actividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados

De seguida irei apresentar as actividades mais ao pormenor que desenvolvi, assim como os processos de trabalho que utilizei

- Realização de uma pesquisa bibliográfica e pesquisa na base de dados electrónicos sobre o tema visando a utilização de evidência científica (enquadramento teórico e revisão sistemática da literatura).
- Auscultação da opinião das mulheres referente às expectativas do trabalho de parto nos vários locais de estágio (medicina materno-fetal e puerpério), através de entrevistas.
- Realização de um filme sobre as expectativas das mulheres relativamente à sua participação no nascimento do seu filho tendo em conta os resultados da pesquisa bibliográfica, revisão sistemática da literatura e das entrevistas efectuadas, para apresentar no ensino clínico de bloco de Partos.
- Realização de um modelo de plano de parto tendo em conta todos os resultados obtidos.

3.3. Revisão Sistemática da literatura

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura, foi formulada a seguinte questão em formato PI[C]O: “Quais são os cuidados de enfermagem centrados nas expectativas da mulher sobre a participação no nascimento?” A partir daqui definiram-se os principais conceitos e elaborou-se a lista de palavras-chave como está no quadro abaixo demonstrado:

Quadro nº 1 – Elaboração das palavras chave a partir da questão em formato PI[C]O

P	Participantes	Parturientes	Palavras-chave
I	Intervenções	Cuidados de Enfermagem prestados pelo EESMOG que fomentem/beneficiem a participação activa da mulher no trabalho de parto	<i>Parturient, delivery, labor, participation, involvement, expectations, autonomy, active participation.</i>
O	Resultados	Expectativa das parturientes em relação à sua participação activa no parto	

Deste modo, consultar-se-á o motor de busca EBSCO host, com acesso a três bases de dados: CINAHL, COCHRANE e MEDLINE. Foram introduzidas as palavras-chave agrupando as que pertencem ao mesmo conceito por OR e ligando as que pertencem a conceitos diferentes por AND. As palavras-chave foram procuradas em texto integral em Junho de 2011, retrospectivamente até 2005 com a seguinte orientação: [(“Labor” OR “Delivery”) AND (“Parturients”) AND (“Expectations” OR “Participation” OR “Involvement” OR “Autonomy” OR Active Participation)]. Obteve-se um total de 997 artigos: 654 artigos na CINAHL, 330 artigos na MEDLINE e 13 na COCHRANE, com um total final de 3 artigos, quando aplicados os critérios à frente transcritos. Os critérios de inclusão dos artigos serão os artigos baseados em estudos científicos com foco na problemática delineada. Os critérios de exclusão são todos os artigos ou linhas de orientação para a prática clínica sem relação com a problemática em estudo, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior a 2005; que não apresentassem texto completo, em línguas que não o Português, Inglês, Francês e Castelhana e que não sejam estudos científicos.

Para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada, explicita-se a listagem dos 3 artigos seleccionados para o corpo da análise, que constituíram o substrato para a elaboração da discussão e respectivas conclusões.

Quadro nº 2- Análise dos artigos seleccionados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
Sodré, Thelma Malagutti; et al - <u>Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em londrina-Paraná</u> ; 2010; Texto e Contexto Enfermagem- Redayc.	Compreender a necessidade de cuidado e o desejo de participação nas decisões sobre o parto de gestantes	14 grávidas	Realizaram-se entrevistas a 14 gestantes, no período de Agosto a Novembro de 2008, com idades entre 14 e 37 anos, idade gestacional entre 29 e 37 semanas. Onze eram primigestas, oito realizaram o pré-natal em serviços públicos e 6 em serviços privados.	Estudo qualitativo, fundamentado na fenomenologia social	A participação da mulher na tomada de decisão e nas acções de promoção da saúde é um direito que deve ser respeitado.
Lopes, Rita de Cássia et al – <u>O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de mães sobre o Parto</u> , 2005, Psicologia: reflexão e crítica	O presente estudo tem como objectivo investigar/examinar as expectativas das gestantes em relação ao parto.	28 mulheres primíparas	Foram realizadas entrevistas individuais no terceiro trimestre da gestação a vinte e oito mulheres primíparas, com idades entre os 20 e os 37 anos. As participantes responderam a dois tipos de entrevistas: de contacto inicial e de dados demográficos.	Estudo longitudinal, entrevistas	A análise de conteúdo indica o relato das mães tanto no que se refere a expectativas positivas como negativas em relação ao parto, abrangendo a vertente da mãe e do bebé.
Kao, Bi-Chin et al – <u>A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations</u> , 2005, Journal of Nursing Research	Os resultados do estudo tiveram como intuito ajudar os prestadores de cuidados a entender melhor as expectativas das mulheres, com a finalidade de melhorar os cuidados e promover uma maior satisfação dos pais.	200 casais	Foram efectuadas entrevistas a 200 casais com mais de 18 anos, em que a grávida estava com pelo menos 36 semanas de gestação e sem intercorrências no pré-natal.	Estudo descritivo, Questionário	Em relação às expectativas dos casais, identificaram-se cinco factores: - O ambiente de confiança e segurança. - O ambiente do cuidado, a expectativa da dor do parto. - O apoio do cônjuge. - A participação na tomada de decisão médica no nascimento. - O apoio dos prestadores de cuidados.

Relativamente à **discussão e análise dos artigos encontrados**: o estudo realizado por Sodré et al (2010) destaca alguns pontos fulcrais, que passam a salientar-se.

Os resultados evidenciaram que, apesar de desejarem participar no seu parto e de verbalizarem as suas necessidades, escolhas e preferências, as mulheres não encontram condições favoráveis para a sua efectivação, inviabilizando o desejo de participação nas decisões sobre o parto. Encontram resistências que nem sempre são superadas: insensibilidade dos profissionais às suas necessidades, as condições do sistema de saúde, público ou privado, a falta de informação, a insegurança e o medo despoletados pela frustração provocada por um ideal não atingido.

As mais informadas são as que têm maior poder de decisão. As menos informadas ficam excluídas da tomada de decisão sobre o parto.

Algumas das entrevistadas elaboraram um plano de parto em que, apesar de serem apresentadas as suas preferências, se revelaram desadequadas às práticas e políticas hospitalares.

No estudo feito por Lopes et al (2005) há importantes factos a salientar: Relativamente às expectativas das mulheres, foram classificadas em três categorias temáticas: as expectativas positivas, negativas e mistas.

Apenas uma gestante fez um relato adequado à primeira categoria, referindo a confiança no atendimento médico que receberia no momento do parto.

Na segunda categoria, foi verbalizada preocupação com a dor, o receio do bebé nascer prematuro e com problemas de saúde, insegurança quanto ao atendimento, medo de ser incapaz, não ter controlo sobre o parto, não reconhecer os seus sinais e de morrer.

74 % enfatizou expectativas negativas em relação ao parto; 21 % enquadraram-se na última categoria, relacionando-se com experiências anteriores com a família.

Os respectivos autores Bi-ChinKao et al (2005) identificaram cinco factores em relação às expectativas das mulheres no parto: o ambiente de confiança e segurança, com respeito pela protecção da privacidade, o ambiente do cuidado, a expectativa da dor do parto, o apoio do cônjuge, o controlo e a participação na tomada de decisão médica no nascimento e o apoio dos prestadores de cuidados.

3.4. Realização de Entrevistas

As entrevistas que foram efectuadas tiveram como base o projecto desenvolvido no sentido de conhecer as expectativas que as mulheres têm relativamente à participação no nascimento do seu filho.

Neste trabalho, a metodologia utilizada e a que mais se adequou foi a qualitativa. Os métodos qualitativos exploram as experiências vividas pelas pessoas, descrevendo explicitamente o valor das percepções e sentimentos dos sujeitos sobre as experiências vividas (Polit, 1995; Fortin, 2003).

Tratou-se de um estudo transversal, já que teve limite de tempo. Foi realizado durante o segundo ano do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012.

A amostra constituída por grávidas em trabalho de parto/puérperas no Hospital X, no serviço de internamento de grávidas e de puérperas, decorreu de 10 de Novembro de 2011 a 12 de Fevereiro de 2012.

A escolha das entrevistadas fez-se por meio de critérios de selecção que asseguraram uma relação íntima com a experiência que se pretende analisar.

Nos critérios de selecção, as mulheres inquiridas devem: expressar-se verbalmente com facilidade, clareza e em português, não ter uma cesariana programada, fazer as entrevistas em dois momentos diferentes à mesma mulher: na sua gravidez e no seu puerpério e aceitar a gravação das entrevistas.

O tamanho da amostra será determinado pela saturação das respostas. O instrumento de colheita de dados escolhido foi a entrevista semi-estruturada (com o guião/formulário previamente elaborado – apêndice II). Tratou-se de uma entrevista face a face, exploratória, em que se utilizou o gravador.

Segundo Polit (1995), a entrevista tem as seguintes vantagens: dá a possibilidade de avaliar o meio em que é dada a resposta; prestam-se menos a uma interpretação errónea, por parte dos entrevistados, devido à presença do entrevistador para determinar se as perguntas foram entendidas de maneira correcta e permite a observação do comportamento não-verbal do entrevistado. A gravação foi transcrita na íntegra para o papel e foi complementada pela linguagem não verbal, que foi observada e registada.

O guião foi elaborado tendo em conta a revisão bibliográfica e é composto por três partes: a primeira parte é constituída por questões abertas, que corresponde à caracterização da amostra; a segunda parte por questões abertas realizadas durante a gravidez, em que serão auscultadas as expectativas que têm em relação à sua participação durante o trabalho de parto, as idealizações que têm em relação ao trabalho de parto e o elemento que consideram de maior importância na vivência do parto. Na terceira parte, serão auscultadas as vivências durante o puerpério: o que acharam de maior importância no momento de parto e relativamente à sua participação nele.

Na validação do instrumento comecei por solicitar à orientadora do relatório, mestre em ciências de Enfermagem e perita na área, que validasse o instrumento de colheita de dados, nomeadamente quanto à objectividade das questões, a sua clareza, ordem e sequência lógica. Foram sugeridas algumas alterações, nomeadamente no traçar do meu guião. Foi solicitada posteriormente a autorização a Sra. Enfermeira Chefe dos serviços para a realização de entrevistas; no respectivo pedido foi especificado os objectivos e os critérios de selecção. Depois de concedida verbalmente a autorização, o pedido foi enviado para a Comissão de Ética e Comissão de Investigação Clínica que deu permissão para a efectivação das entrevistas (os pedidos de autorização encontram-se em apêndice I). Foram unânimes quanto ao seguinte: todas as questões estavam claras, objectivas, relacionadas com o tema do trabalho, ordenadas com sequência lógica.

Antes de aplicar a entrevista foi necessária a validação do meu formulário, ou seja, a realização de um pré-teste, com a principal finalidade de assegurar a validade e precisão; para isso, foi fundamental que os elementos seleccionados para realizar apresentassem as mesmas características da amostra do estudo. Deste modo, foi efectuado um pré-teste a duas grávidas/ puérperas de um serviço de internamento de obstetrícia que cumpriam os critérios previamente previstos, após ter sido autorizado pela enfermeira chefe do referido serviço/ Direcção de Enfermagem, Comissão de ética, Comissão de investigação Clínica. Verificou-se não ser necessário fazer quaisquer alterações no guião. O aspecto do consentimento informado (encontra-se em apêndice III) foi solicitado, bem como a autorização prévia dos entrevistados para a gravação.

Cada entrevista durou cerca de 20 minutos (gravidez e pós-parto). No decorrer das mesmas, foi possível explorar e clarificar os discursos das inquiridas, procurando manter um clima favorável à expressão das suas vivências, evitando qualquer juízo de valor.

As entrevistas gravadas foram transcritas, resultando cerca de 11 folhas dactilografadas. É o chamado verbatim das entrevistas (apêndice V).

Para esta análise utilizou-se a técnica da análise de conteúdo, segundo Bardin. A análise de conteúdo ajuda a ordenar a confusão inicial e permite encontrar o sentido do discurso (Bardin, 2009).

A totalidade do material transcrito, ou seja, as 15 entrevistas, constituíram o *corpus* de análise. As entrevistas foram identificadas com letras de A a O, e as questões igualmente identificadas com as letras correspondentes.

Segundo o referido autor, a análise de conteúdo organiza-se em diferentes fases: a fase de pré-análise (é a fase de organização), a fase de exploração do material (consiste essencialmente em operações de codificação) e por último a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação (é o método da categorização). As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, de contexto e de enumeração). As unidades de contexto servem de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo. As unidades de registo são as unidades de significação a codificar. As unidades de enumeração dizem respeito à quantidade de vezes que se repetem as unidades de registo (Bardin, 2009).

Nesta fase da elaboração do trabalho foi pretendido apresentar os resultados sob a forma descritiva, analisando e avaliando os resultados obtidos, tendo por base o suporte teórico; numa primeira parte, relativos à caracterização da amostra (apêndice IV), e numa segunda parte procedeu-se à categorização dos dados que deram origem à formação das unidades.

No que respeita à caracterização da amostra, constata-se, através da análise de dados, que a maioria das inquiridas pertence à faixa etária entre os 33 – 35 anos, é casada, tem um filho que não é o primeiro; o parto eutócico apresenta maior representatividade, não tiveram preparação para a parentalidade e grande parte das entrevistadas não sabe o que é plano de parto.

Respectivamente à segunda parte, tratou-se de um trabalho extremamente moroso. Os dados obtidos foram categorizados em unidades e tema por tema.

De seguida apresento a primeira unidade temática que está relacionada com as expectativas que tem a grávida na participação no trabalho de parto.

Quadro nº 3 – Expectativas das grávidas relativamente à sua participação durante o trabalho de parto

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Colaboração com a equipa de saúde	<p>...” O que for preciso fazer, eu estou pronta para fazer...” (C)</p> <p>...” participar, colaborar ao máximo com tudo o que me digam...” (D)</p> <p>...” respirar. Colaborar o máximo que puder, fazer força no momento certo, que corra tudo bem...” (I)</p> <p>...” como se lê nos livros, participar, respirar, fazer força, fazer o que me disserem para fazer...” (G)</p>	4
Com Analgesia epidural	<p>...” ter a epidural para viver o parto mais lúcido e com menos dor...” (A)</p> <p>...” espero que corra o mais natural possível com recurso à epidural...” (F)</p> <p>...” sempre quis um parto normal mas com epidural; sempre quis o parto com o mínimo de dor para poder participar...” (L)</p>	3
Sem analgesia	<p>...” sou muito pelo natural, tenho muita tolerância à dor, sempre quis parto eutócico sem epidural para participar o máximo possível no parto...” (K)</p> <p>...” conseguir controlar as dores, respirar bem ...” (J)</p> <p>...” tenho todas as expectativas, sei como quero: parto normal, sem analgesia, sem corte vaginal...” (O)</p>	3
Medo	<p>...” tenho medo, mas espero ajudar um pouco no trabalho de parto...” (B)</p> <p>...” não conseguir aguentar a dor, portar-me mal, não ter força, estar muito tempo em trabalho de parto...” (H)</p> <p>...” receio de me descontrolar, de gritar como se ouve nas histórias aterrorizadoras...” (N)</p>	3
Não participação	...” não quero participar, não quero ter essa responsabilidade.” (M)	1
Ausência de expectativas	...” não tenho grandes expectativas, não sei bem o que me espera...” (E)	1

Da análise ao quadro nº 3, são algumas as expectativas relativamente à participação durante o trabalho de parto: com 4 unidades de enumeração figura a colaboração com a equipa de saúde, com três unidades a analgesia epidural, o medo e a inexistência de analgesia e por último, com uma unidade, a não participação e a ausência de expectativas.

As expectativas são numerosas e dependem sempre da história e experiências da mulher (Kao et al, 2005). A função do enfermeiro é de grande importância, dado que ajuda na desmistificação do evento do trabalho de parto e parto. Esta constatação é bem evidente quando se conta com 4 unidades a colaboração com a equipa de saúde. Orem dá um forte contributo na medida em que promove a valorização da protecção da autonomia nas diferentes dimensões, pessoal e funcional. E os enfermeiros têm um papel determinante no exercício de autonomia pessoal do paciente dado que lhes dá as ferramentas necessárias, ajudando no processo parir.

Durante o período gestacional, a mulher constrói expectativas positivas de suporte relacionadas com os profissionais de saúde e menos positivas no que se refere às capacidades próprias para lidar com o trabalho de parto. (Conde et al, 2007).

O medo é um sentimento bastante presente nas respostas das inquiridas e normalmente está associado à dor. Esta emoção tem uma razão de ser. Couto (2006) refere que o facto de a mulher ser retirada do seu habitat natural para um ambiente completamente novo, cheio de normas e rotinas, produz uma grande insegurança emocional assim como variadíssimos medos, como o receio de descontrolo de toda a situação.

Os cursos de preparação para a parentalidade são importantes porque ajudam o casal a formar expectativas realistas em relação ao parto, beneficiam de emoções positivas como o sentimento de segurança e auto-confiança (Figueiredo, 2002). Das inquiridas, a maioria não realizou este curso.

A autonomia segundo Patrão Neves (2001) trouxe implicações no cuidar à grávida. A mulher grávida enquanto ser autónomo deverá poder exercer a sua autonomia na tomada de decisões. Como se verifica, três inquiridas referem o desejo pelo parto natural, sem analgesia, sem episiotomia; como refere uma delas ...” sou muito pelo natural, sempre quis um parto eutócico... para participar o máximo possível no parto”.

A segunda unidade temática refere-se às idealizações das grávidas relativamente ao parto.

Quadro nº 4 – Idealizações das grávidas relativamente ao parto

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Rapidez	<p>... "ser rápido..." (A); ... "rapidez..." (B)</p> <p>... "que não sejam muitas horas..." (C)</p> <p>... "chegar e parir..." (H)</p> <p>... "momento rápido..." (G); ... "parto rápido..." (J)</p>	6
Inexistência de dor	<p>... "não sofrer durante muitas horas..." (C)</p> <p>... "sem dor" (L)</p> <p>... "quero um parto sem dor, tenho medo da dor..." (M)</p>	3
Ausência de complicações	<p>... "eu e o meu filho estarmos bem..." (D)</p> <p>... "que corra tudo bem, sem percalços..." (E)</p> <p>... "que corra tudo bem comigo, mas principalmente com o bebé..." (F)</p>	3
Tranquilidade	<p>... "espero que ao meu redor tudo seja tranquilo..." (L)</p> <p>... "que seja num ambiente tranquilo..." (O)</p> <p>... "que seja um momento bonito, imagem de um filme..." (N)</p>	3
Equipa de saúde humana e espaço físico	<p>... "num ambiente favorável, profissionais humanizados..." (G)</p> <p>... "não sei bem o que me espera, mas espero encontrar um serviço humanizado: equipamento e pessoal..." (K)</p>	2
Dor	<p>... "idealizo que seja muito doloroso, aí ... as contracções..." (I)</p> <p>... "que aguento a dor..." (O)</p>	2
Parto eutócico	<p>... "se possível sem recurso a ventosas, fórceps..." (F)</p>	1
Presença do companheiro	<p>... "que o pai esteja presente..." (O)</p>	1

Relativamente às idealizações das grávidas relativamente ao quadro nº 4, salientam-se 8 unidades de contexto, tendo-se por ordem decrescente: com 6 unidades de enumeração a rapidez do parto, com três a inexistência de dor, a ausência de complicações e a tranquilidade, com duas unidades a equipa de saúde e espaço físico e a dor e por último a presença do companheiro e o parto eutócico com uma unidade de enumeração.

Kao et al (2005) efectuaram um estudo em que identificaram cinco factores em relação às expectativas/idealizações das mulheres em trabalho de parto que estão de acordo com a análise realizada das entrevistas feitas:

- ❖ Ambiente de segurança e confiança com respeito pela protecção de privacidade ...” que seja num ambiente tranquilo ...” que seja um momento bonito, imagem de um filme...”
- ❖ Ambiente do cuidado, a expectativa da dor de parto, manutenção do autocontrolo ...” que aguento a dor...”
- ❖ Apoio do cônjuge ...” que o pai esteja presente...”
- ❖ Controlo e participação na tomada de decisão no nascimento...” se possível sem recurso a ventosas, fórceps...”
- ❖ Apoio dos profissionais de saúde ... “num ambiente favorável, profissionais humanizados...”

As idealizações são referentes à forma como gostariam que o seu trabalho de parto e parto decorressem, em função da sua cultura e conhecimentos. É o chamado projecto de parto/maternidade, em que se torna fundamental adequar os desejos à realidade e não ao imaginário do impossível (Costa, 2003).

O tipo de parto interfere na experiência da mulher e, consequentemente, na satisfação com o parto, assim como na vinculação ao bebé e nos cuidados que lhe dedica (Figueiredo, 2002).

A dor aparece como uma das maiores causas de ansiedade no parto e também é considerado com um dos elementos que mais negativamente interfere na experiência de parto na mulher, condicionando a sua disponibilidade no envolvimento emocional com o seu bebé (Figueiredo, 2002).

O medo da morte e de que aconteça algo negativo ao seu filho é também assustador para a maioria das mulheres, o que é referido por três vezes.

A preocupação com a dor, o receio do bebé nascer prematuro e com problemas de saúde, a insegurança quanto ao atendimento, o medo de ser

incapaz de controlar a dor são relatos negativos que vão ao encontro das minhas entrevistas (Lopes, 2005).

Segundo Sódré (2010) e a verificar pelas respostas analisadas (...”espero encontrar um serviço humanizado: equipamento e pessoal...”), as gestantes falam da importância de serem atendidas por profissionais atenciosos, competentes, pacientes e envolvidos, que não utilizem linguagem técnica, de difícil percepção e condutas autoritárias.

A humanização consiste no reconhecimento da individualidade da mulher, no promover conforto, disponibilidade e acolhimento e respeitar os desejos da parturiente.

O uso da teoria do auto-cuidado de Dorothea Orem é um instrumento válido que ajuda a promover uma comunicação mais objectiva entre cuidador e cuidado, adequando-se de certa forma ao planeamento de assistência de enfermagem em que são enfatizadas as seguintes competências como o conhecer, decidir e agir.

Para esta teórica a premissa básica é a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo. Assim sendo e de acordo com todas as idealizações, o enfermeiro deve incentivar a participação activa dos utentes, de acordo com as suas reais condições, respeitando a preservação da sua individualidade

A terceira unidade temática refere-se aos aspectos mais valorizados pelas grávidas na vivência do parto.

Quadro nº 5 – Aspectos mais valorizados pelas grávidas na vivência do parto

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
RN sem complicações	<p>... "ver o filho saudável..." (A)</p> <p>... "que o meu bebé nasça com saúde..." (C)</p> <p>... "que corra tudo bem com o meu bem precioso..." (D)</p> <p>... "que corra tudo bem com a bebé..." (M)</p> <p>... "sem sofrimento para a minha bebé..." (N)</p> <p>... "sem sofrimento para o bebé..." (I)</p>	5
Presença do companheiro	<p>... "que o meu marido esteja presente..." (C)</p> <p>... "pai presente, não estar só..." (N)</p> <p>... "o marido estar ao pé, a acompanhar-me..." (L)</p> <p>... "que o meu marido esteja presente, preparado..." (K)</p> <p>... "o marido a participar comigo..." (G)</p>	5
Confiança na equipa de saúde	<p>... "confiar na equipa que nos assiste para não perder a calma e colaborar em tudo o que é aconselhado..." (E)</p> <p>... "confiar na equipa que vai fazer o parto para viver o parto com a máxima serenidade..." (F)</p> <p>... "pessoal mais humanizado..." (G)</p>	3
Ambiente tranquilo	<p>... "que os profissionais e o meu marido estejam calmos..." (K)</p> <p>... "ambiente calmo, não ter uma enfermeira a dizer para não gritar, a dizer aquelas frases do antigamente..." (H)</p> <p>... "ambiente humanizado, com música, temperatura adequada..." (G)</p>	3
Inexistência de dor	<p>... "que a dor passe..." (A)</p> <p>... "sem dor..." (M)</p>	2
Contacto pele-a-pele	<p>... "o sentir o meu filho nos braços..." (B)</p> <p>... "ficar logo com o meu filho..." (N)</p>	2
Rapidez	... "ser rápido..." (I); ... "que seja rápido..." (J)	2
Estar consciente no momento do parto	... "estar consciente no momento da expulsão do bebé para o ver logo à nascença ..." (O)	1

Dos aspectos mais valorizados pelas grávidas no quadro nº 5 tem-se por ordem decrescente: RN sem complicações e a presença do companheiro com 5 unidades de enumeração, a confiança na equipa de saúde com 3 unidades, a inexistência de dor, o contacto pele-a-pele e a rapidez do parto com 2 unidades e, por último, o estar consciente no momento do parto com uma unidade de enumeração.

O parto é um momento único na vida da família e ansiosamente esperado pelos dois. O envolvimento do pai favorece o desenvolvimento do apego em relação ao filho, tal como é verbalizado por cinco vezes nas entrevistas.

Brazelton (2004) refere que a presença do pai ou figura significativa durante o parto de facto tem efeitos muito positivos no bem-estar físico e emocional da mulher, porque é sentido como uma fonte de protecção e de suporte.

O mundo do hospital é desconhecido e assustador para a mulher. O marido ou pessoa significativa é o porto de segurança.

É curioso o facto de uma das entrevistadas referir a importância de estar consciente no momento do parto. Analisando melhor, trata-se de uma mulher cujo nascimento do primeiro filho foi uma cesariana com anestesia geral. Ora Figueiredo (2002) refere que o tipo de anestesia tem uma ligação muito positiva com a forma como a mulher percebe o parto. As mulheres que tiveram uma anestesia local têm uma visão mais positiva do parto e está mais de acordo com as expectativas das mesmas do que aquelas que foram submetidas a anestesia geral. Além disso, a anestesia geral interfere no contacto imediato de mãe/bebé e pode inclusivamente implicar consequências psicossociais negativas.

A confiança na equipa de saúde aparece evidenciada por três vezes. De facto, Lopes (2005) refere que se a relação entre enfermeira e mulher for deficiente poderá originar sentimentos de insegurança, tendo em conta a extrema sensibilidade da mulher nesta fase única.

O contacto pele-a-pele é referido por duas vezes; de acordo com o enquadramento teórico, trata-se de um acto de amor muito importante em que é estabelecida uma relação de vinculação muito vincada e importante entre mãe e bebé.

A quarta unidade temática está relacionada com os aspectos mais valorizados pelas puérperas na vivência do parto.

Quadro nº 6 – Aspectos mais valorizados pelas puérperas na vivência do parto?

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Ansiedade e dor	...” complicado pela dor...” (C); ...” com alguma ansiedade...” (F) ...” vivi com algumas dores...” (I) ...” ansiosa e expectante ...” (O)	4
Contacto pele-a-pele	...” foi maravilhoso porque veio logo para ao pé de mim e comecei logo a amamentar...” (N) ...” ter a minha filha nos braços. Não tirei os olhos de cima dela com medo que me trocassem a minha filha...” (M) ...” assim que nasceu, nunca mais saiu de ao pé de mim...- contacto pele-a-pele” (K) ...” é inexplicável quando o bebé fica em cima de nós...” (J)	4
Tranquilidade	...”vivi com muita calma...” (A); ...” calma e naturalidade...” (E) ...” relativa calma...” (H)	3
Experiência única	...”foi uma experiência tão boa, única...” (B) ...” foi um momento mágico, vivido e sentido em toda a sua plenitude...” (F)	2
Ajuda dos profissionais	...”é primordial a ajuda de todos...” (L) ...” o acompanhamento dos profissionais é muito importante porque nos acalma... o que acontece é que há falta de acompanhamento e de informação...” (L)	2
Restrição de mobilidade	...”o facto de não poder sair da cama foi muito duro para mim, agrediu-me muito porque tudo o que tinha aprendido acabei por não realizar... foi extremamente penoso... e seria tão importante para mim não ficar confinada à cama...” (G)	1
Participar no momento expulsivo	...” o que me marcou mais foi ter sido eu a retirar a minha filha cá para fora...” (H)	1
Ser saudável o bebé	...” ser saudável...” (N) ...” Senti-me sozinha, senti muito a falta dele, abandonada porque o meu marido foi mandado embora no momento do parto pois utilizaram ferros...” (L)	1
Presença do companheiro		1
Valorização das queixas	...” é tão importante que nos oíçam; senti-me a desfalecer e ninguém deu importância...” (L)	1
Inexistência de dor	...” sem dor...” (D)	1

Os aspectos mais valorizados pelas puérperas no quadro nº 6 são: o contacto pele-a-pele e a ansiedade e dor com quatro unidades de enumeração, a tranquilidade com três unidades, como experiência única, a ajuda dos profissionais com duas unidades de enumeração e por último, com uma unidade, a inexistência de dor, a restrição da mobilidade, a participação no momento expulsivo, o bebé ser saudável, a presença do companheiro e a valorização das queixas da mulher.

O parto é um momento único na vida da mulher, como é referido por duas vezes ...”foi uma experiência tão boa, única...” foi um momento mágico, vivido e sentido em toda a sua plenitude...”, e o modo como é vivenciado determina o bem-estar psicológico e relação com o bebé (Costa, 2004).

De facto, o momento em que viram e sentiram o bebé pela primeira vez é muito significativo do ponto de vista emocional (Figueiredo, 2002), o que é verificado pelas quatro unidades de enumeração.

A presença do pai é cada vez mais incentivada. O pai deixa de ser um espectador, passando a ser envolvido na participação no nascimento do seu bebé.

A presença do pai na sala de partos favorece o crescimento conjugal, diminui o pedido de analgesia por parte da esposa e ajuda a mulher a ter uma experiência mais positiva do parto, assim como ajuda na paternidade.

Uma das inquiridas refere que no momento do parto o marido foi convidado a sair, ...” senti muito a falta dele, senti-me só e abandonada...”. Maldonado (2005) refere que é extremamente iatrogénico proibir a presença do pai na sala de partos, pois é neste momento que o pai e a mãe precisam de estar juntos. O isolamento e o abandono da mulher no momento do parto são considerados manifestações de violência institucional e uma violação do direito humano (Carvalho, 2003).

Uma das inquiridas refere como aspecto negativo o facto de “...não poder sair da cama foi muito duro para mim, agrediu-me muito porque tudo o que tinha aprendido acabei por não realizar... foi extremamente penoso... e seria tão importante para mim não ficar confinada à cama...”. Esta entrevistada que tinha feito o curso de preparação para a parentalidade claramente não conseguiu exercer a sua autonomia.

A ajuda dos profissionais está referida por duas vezes. Muitas vezes a maioria das mulheres têm uma série de expectativas prévias que ficam bastante aquém da vivência de parto. Conde et al (2007) refere que as mulheres ficam excluídas das decisões e na grande generalidade os profissionais não proporcionam suporte, conforto, não transmitem segurança nem explicam ou informam sobre o que se está a passar. Kao et al (2005) refere que se os profissionais atenderem às expectativas da mulher, focalizando as suas necessidades, irão fomentar os cuidados de qualidade e satisfação.

Sodré (2010) refere que por vezes as mulheres encontram resistências que nem sempre são superadas: insensibilidade dos profissionais às suas necessidades, falta de informação, o que provoca insegurança, medo e frustração provocados por um ideal não atingido. Como refere uma grávida ...”é primordial a ajuda de todos”...”o acompanhamento dos profissionais é muito importante porque nos acalma... o que acontece é que há falta de acompanhamento e de informação...”

O autocuidado segundo Orem é um comportamento que implica um papel activo do utente em que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Na actualidade há uma forte tendência de levar a paciente/família a serem co-participantes das questões de promoção da saúde. O objectivo é que a utente receba orientações para transformar-se em agente de autocuidado.

Há uma harmonia entre o enfermeiro e a utente pois ao estabelecer-se as prioridades da assistência de enfermagem, faz com que a utente seja participante activa do seu tratamento e que a capacidade de escolha seja dela, desde que não haja interferência negativa no seu tratamento.

O facto de a mulher estar num momento de maior fragilização em que está muito preocupada com a saúde do bebé, origina uma maior vulnerabilidade às decisões da equipa médica. Uma entrevistada refere (...” é tão importante que nos oiçam; senti-me a desfalecer e ninguém deu importância...”). A postura/certas expressões por parte dos enfermeiros poderão desencadear uma atitude positiva ou negativa por parte da mulher (Sodré, 2010).

A quinta e última unidade temática diz respeito à participação no momento do parto.

Quadro nº 7 – Como participou no momento do parto?

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Colaboração com a equipa de saúde	<p>...“portei-me bem, fiz tudo o que me pediram para fazer...” (A)</p> <p>...“fiz tudo o que me pediram...” (B)</p> <p>...“falei sempre com a enfermeira, informou-me de tudo...sempre tentando participar” (C)</p> <p>...“participei colaborando em tudo o que me foi pedido...” (E)</p> <p>...“colaborar ao máximo com a equipa que realizou o parto...” (F)</p> <p>...“portei-me muito bem, ajudei no que pude...” (H)</p> <p>...“fiz tudo o que me mandaram fazer...” (I)</p> <p>...“fiz quase tudo o que me pediram... no final já não tinha força...” (J)</p> <p>...“colaborei ao máximo, o mais natural possível, que era como queria...” (K)</p> <p>...“tentei fazer tudo o que me diziam... (poderia ter feito mais se tivesse tido aulas de preparação para o parto...” (L)</p>	10
Ausência de participação	<p>...“foi cesariana de urgência, não participei...” (D)</p> <p>...“fui induzida, não participei... fui passiva... nada como tinha idealizado...” (G)</p> <p>...“foi cesariana, tal como queria...” (M)</p> <p>...“gostava de ter tido um parto eutócico ao invés de uma cesariana para participar. Foi cesariana porque estava em sofrimento o meu bebé...” (O)</p> <p>...“estava exausta, não consegui participar como gostaria...” (N)</p>	5
Manutenção de tranquilidade	<p>...“mantive-me sempre calma...” K...” tentando manter a calma e serenidade necessárias...” (B)</p>	2

Relativamente ao quadro nº 7 referente à participação no momento do parto, foram encontradas três unidades de contexto nas entrevistas realizadas: colaboração com a equipa de saúde (com dez unidades de enumeração), ausência de participação (com cinco unidades) e a manutenção da tranquilidade com duas unidades.

A mulher, ao ser internada, tem a sensação de perda de controlo da situação. Encontrando-se hospitalizada num ambiente desconhecido, a sua capacidade de tomar decisões sobre os procedimentos relativamente ao seu corpo e do nascimento do seu filho fica abalada. Como se pode observar, a palavra “portei-me bem” é muito utilizada pelas inquiridas, na medida em que na maioria, os profissionais de saúde orientaram as mulheres para participarem no seu parto.

De facto, o papel dos profissionais de saúde não é o de decidir pela mulher e família mas sim de coordenar esforços de modo a irem ao encontro das expectativas e necessidades reais e sentidas tendo em conta o respeito pela holisticidade do casal.

A autonomia em saúde consiste na expressão de um consentimento informado, (Patrão Neves, 2001).

Pedras (2007) refere que o conhecimento destrói o terror, evitando a tensão e controlando a dor. De facto, os cursos de preparação para a parentalidade são muito importantes. Uma das entrevistadas refere ...”tentei fazer tudo o que me diziam... (poderia ter feito mais se tivesse tido aulas de preparação para o parto)...” quando se refere à participação em trabalho de parto.

As seguintes frases elucidam vários aspectos de grande importância que vão ao encontro da participação activa: ...” falei sempre com a enfermeira, sempre me informou de tudo...e tentei participar sempre” ...”participei colaborando em tudo o que me foi pedido...”

Por vezes o que acontece é que, apesar de desejarem participar, não há condições favoráveis, inviabilizando o desejo de participação nas decisões sobre o parto (Sodré, 2010). Como referem duas das entrevistadas: ...” fui induzida, não participei... fui passiva... nada como tinha idealizado...” ;...” gostava de ter tido um parto eutócico ao invés de uma cesariana, para participar. Foi cesariana porque estava em sofrimento o meu bebé...”

Mas também há o reverso, em que a tomada de decisão em si mesma pode constituir-se como o desejo de não decidir, ou seja o chamado “pseudo-paternalismo” onde conscientemente o indivíduo toma a decisão de depositar as suas decisões na equipa de saúde (Patrão Neves, 2001). Como se pode verificar com uma inquirida que refere desde a gravidez até ao pós-parto que não queria participar... “não queria ter essa responsabilidade”, “...foi cesariana tal como eu queria”.

Da análise que faço relativamente às entrevistas relevo a prestação de cuidados tendo em conta as necessidades da mulher/casal, o proporcionar informação sobre os procedimentos e a capacitação da mulher para a responsabilização e participação no seu parto.

3.5. Realização do filme e do modelo de plano de parto

Depois de tantos resultados pertinentes, achei relevante fazer uma apresentação sob a forma de um filme sobre o que realmente as parturientes desejam no momento do parto. Tive como objectivo sensibilizar os enfermeiros do Bloco de Partos. Ao mesmo tempo que lhes apresentava os meus resultados, proporcionei um espaço de partilha e reflexão. O filme surgiu do facto de por vezes observar que a mulher/casal não é o centro de actuação nos cuidados que se prestam e por vezes denotar que não lhes é dito sobre o que se passa consigo e com o seu bebé, sendo ela a actriz secundária e não a protagonista. O que, tal como aprendi com este trabalho, tem uma ligação muito directa na satisfação e qualidade nos cuidados prestados e na própria relação com o seu bebé.

Este filme foi apresentado no final do ensino clínico e teve críticas e uma avaliação muito positivas.

Como complemento, achei pertinente realizar um modelo de plano de parto, tendo em conta toda a pesquisa efectuada, de modo a ser mais fácil para os profissionais conhecerem os desejos das mulheres de modo a ir ao encontro das suas expectativas. Além disso, ao fazer também parte dos objectivos do departamento da Mulher para este ano, foi uma mais-valia para o serviço apresentar e realizar um modelo de plano de parto.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA E GINECOLÓGICA

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica insere-se num contexto de actuação multiprofissional pelo que a regulamentação específica desta actividade deverá ser aplicada, como modelo potenciador da aprendizagem do aluno, num exercício profissional autónomo, de forma a dar visibilidade e assegurar a qualidade dos cuidados que futuramente prestará ao cidadão.

A competência adquirida gera segurança e proporciona àqueles que sabem poder contar com essa capacidade. Desta característica advém uma outra, que é a responsabilidade, referindo o autor que “a atribuição de competências define um território de responsabilidade e portanto de poder de intervenção.” (BOTERF, 2004, pág.28) Ser competente habilita à autonomia no trabalho, uma vez que permite tomar iniciativas.

A OE (2010) define que o EESMO deve desempenhar um papel de total autonomia, competência e de responsabilidade acrescida na promoção, prevenção e tratamento da saúde da mulher inserida na família e comunidade. Assim, as competências do EESMO decorrem do aprofundamento de três domínios: prática profissional ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

A OE (2010) e a ICM (2000) esclarecem que o enfermeiro especialista presta cuidados à mulher e família ao longo do seu ciclo reprodutivo, bem como durante processos fisiológicos, patológicos ou disfuncionais no decorrer do seu ciclo vital., prestando cuidados nas áreas de actividade para que está habilitado e autorizado.

Neste capítulo pretendo abordar as actividades que foram realizadas, assim como as competências alcançadas, tendo em conta a evidência científica.

O ensino clínico tem como finalidade o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados em Saúde Materna e Reprodutiva, a todos os níveis de prevenção, e a demonstrar comportamentos e capacidades adequadas a um desenvolvimento pessoal e profissional como futura EESMO.

O ensino clínico foi realizado no Bloco de partos do Hospital X. A integração e adaptação decorreram sem problemas. Houve uma boa recepção pela equipa multidisciplinar. Além da apresentação da estrutura física e dinâmica do serviço, foi-me facultada a consulta das normas, protocolos e procedimentos específicos.

Na área do período pré-natal, cuidei da mulher inserida na família e comunidade. O desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidado especializado à mulher tem como objectivo potenciar a sua saúde, detectar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2010).

A ICM (2000, pág. 5) na competência 1 refere que as...” parteiras têm os conhecimentos necessários para prestar cuidados de qualidade culturalmente sensíveis e adequados à prestação de cuidados à Mulher,... no seu ciclo reprodutivo”.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres com HTA (crónica e induzida pela gravidez), hemorragia do 3^o trimestre, APPT, Diabetes gestacional, RPM, Pré-eclâmpsia, S. Hellp. São patologias que requerem uma vigilância muito apertada em que mãe e filho estão em risco de vida, sendo imprescindível uma monitorização materno-fetal contínua.

Além do acolhimento à mulher/família realizado, da relação terapêutica e empática, registava sempre o motivo da vinda ao serviço de urgência, a avaliação dos parâmetros vitais, o registo de dados referentes à gravidez e história clínica (IO, DUM, DPP, IG), a avaliação física, emocional e social da utente assim como a avaliação ginecológica.

A vertente psíquica nunca foi esquecida, dado que cada mulher tem a sua história de vida, os seus medos e receios; o que torna o papel do enfermeiro especialista de grande responsabilidade e relevância para a vivência saudável no nascimento do seu filho.

A realização da educação para a saúde é um marco primordial como competência de um EESMO, tal como é referida pela ICM. A transmissão de conhecimentos às mulheres torna-as mais capazes e responsáveis pela sua saúde reprodutiva.

A todas as mulheres a quem prestei cuidados, tive sempre a atenção de apoiar, de tentar saber o que as preocupava de modo a direccionar os meus cuidados para o problema real ou potencial; o que de certa forma as tranquilizava.

A ICM refere que a principal preocupação da parteira é a segurança e o bem-estar da Mulher. Assim procurei sempre informação sobre o quadro clínico de risco, cuidados e estratégias a adoptar de forma a tornar a mulher e acompanhante capacitado e co-responsável, de forma a minorar o impacto da patologia sobre a gestação.

As necessidades daquele casal foram sempre escutadas, procurando sempre que houvesse envolvimento na tomada de decisões de modo a promover uma gravidez saudável e uma transição para a parentalidade responsável e participativa.

A ...”vigilância apertada permitiu que se potenciasse a saúde, detectasse e tratasse precocemente complicações” (OE, 2010, pág. 4, competência 2); de acordo com os respectivos critérios de avaliação, informei e orientei o casal sobre os sinais e sintomas de risco, vigiando e avaliando a saúde materno-fetal através de meios clínicos e técnicos apropriados, referenciando situações que estivessem para além da área de actuação, informando sobre as medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez, cooperando com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez. E, acima de tudo, tentando sempre apoiar psicologicamente e tendo o cuidado de promover a privacidade do casal assim como esclarecer dúvidas.

No cuidar, tive como objectivo adquirir competências que permitissem planificar, executar e avaliar as intervenções de enfermagem, atendendo aos princípios éticos/deontológicos e procedendo aos registos de forma a haver uma continuidade dos cuidados, o que vai ao encontro do que a teórica Orem revela no seu trabalho.

Em relação à competência supracitada, fala-se na situação de abortamento. Ao longo do estágio não ocorreu contacto directo com nenhuma situação porque estas doentes ficam internadas na ginecologia e é uma enfermeira generalista que lhes presta os cuidados. Reconheço a importância desta área, pelo que pedi para observar uma curetagem.

A competência 3 da OE (2010, pág. 5) fala sobre o ...”cuidar da mulher inserida na família e comunidade **durante o trabalho de parto**”, em que o objectivo é

efectuar o parto em ambiente seguro, de forma em otimizar a saúde da mulher e recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

A ICM (pág. 12) refere, na quarta competência, prestação de ...” cuidados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da Mulher e Família, durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência, no sentido de maximizar a saúde da Mulher e seu Recém-Nascido”.

Das mulheres internadas em trabalho de parto a quem cuidei, realizei o exame físico completo, as manobras de Leopold, a avaliação da altura do fundo do útero, a pelvimetria, a cervicometria, a determinação da apresentação, a posição e as variedades fetais, a vigilância do bem-estar materno fetal (através dos sinais vitais, auscultação de batimentos cardíofetais, interpretação de CTG), a aplicação de monitorização interna, a avaliação da progressão do trabalho de parto e a identificação de desvios na sua evolução e o encaminhamento adequado.

Como conhecimentos essenciais tive sempre em atenção, de cada vez que cuidava da parturiente e família e de acordo com o que diz a ICM: saber a fisiologia do trabalho de parto, ter a noção da progressão normal do trabalho de parto, utilizar o partograma, avaliar o bem-estar fetal e materno durante o TP, estudar o processo de progressão do feto (descida) através do canal de parto, proporcionar medidas de conforto e métodos não farmacológicos de alívio da dor, incentivar a presença de um ente significativo se for o seu desejo e providenciar apoio psicológico.

A OE refere ...” actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”(pág. 5, 2010). O que se observa é que muitas das vezes a mulher até tem um plano de parto idealizado, mas por vergonha não o refere à equipa de saúde. Como tal, senti a necessidade de realizar um modelo de plano de parto (apêndice VI) para a mulher se sentir à vontade em expressar os seus desejos/idealizações. Nas recomendações da OMS (2011) para a assistência num parto normal está preconizada a elaboração do plano de parto.

Lidar com a dor das mulheres foi um verdadeiro desafio, nem sempre muito fácil. A dor é uma sensação muito subjectiva; a forma como a mulher a vive e

consegue ultrapassar depende dos profissionais, da forma como a desmistificam e também das estratégias facilitadoras que proporcionam.

Como técnicas não farmacológicas de alívio da dor utilizou-se, em quase todas as mulheres acompanhadas em trabalho de parto (dado que algumas recusaram, apesar de informadas das vantagens): técnicas de respiração e relaxamento, alternância de decúbitos; incentivo à deambulação e à utilização da bola de nascimento, o duche de água quente, a musicoterapia e ensino ao acompanhante da realização de massagens, tal como está preconizado pela OMS (2011). A implementação destas medidas teve em atenção a segurança da mulher, feto e toda a situação clínica. Actualmente, a técnica de analgesia farmacológica mais usada no BP do Hospital X é a de analgesia epidural. Esta técnica, embora amplamente usada nos hospitais levanta muitas dúvidas e receios na mulher grávida. Cabe ao EESMO dar a conhecer as indicações e contra-indicações, para que estas possam escolher de forma livre, informada e consciente.

As mulheres apresentam ideias fixas quanto a não quererem a epidural. Por vezes nem sabem bem dizer o porquê, mas porque ouviram as amigas dizer para não quererem porque podem ficar com alteração da mobilidade. Mas com a progressão do trabalho de parto e as dores a ficarem mais intensas, acabam por solicitar essa forma de analgesia.

Uma grande parte das mulheres que chega ao bloco de partos vive em constante ansiedade e medo, o que muitas vezes dificulta todo o processo de trabalho de parto e parto.

Ao longo do trabalho de parto e tendo em atenção os critérios de avaliação no que respeita a esta competência, promovi conforto e bem-estar à mulher e conviventes significativos, implementei intervenções de promoção da vinculação da tríade, cooperei com outros profissionais, monitorizei o trabalho de parto, o risco materno-fetal, situações de desvio do padrão normal de evolução, avaliei a integridade do canal de parto e apliquei técnicas de reparação, referenciando situações para além da competência de actuação (OE, 2010, pág.5).

No que respeita ao segundo estágio do trabalho de parto, realizei 45 partos de apresentação cefálica. As idades gestacionais mediavam entre as 31 semanas e as 41 semanas e 4 dias. Nasceram mais rapazes que raparigas, com pesos

entre os 1660 g e os 3940 g, sendo o valor mais baixo do Índice de Apgar igual a 6. Destes partos, 11 mulheres tiveram o períneo intacto; realizei 13 episiotomias e 13 episiorrafias e reparei 25 lacerações (23 de grau I e 2 de Grau II). Dos partos efectuados, 4 RN apresentaram circular cervical larga e 7 RN circular cervical apertada. A minha actuação demonstrou progressivamente maior segurança e destreza na realização do parto eutócico, mas também da episiotomia, episiorrafia e perineorrafia.

Tentei sempre realizar o períneo intacto, quando possível dado que está contraindicada a episiotomia de rotina. A episiotomia está indicada quando o bem-estar da mulher ou do feto está em perigo, o RN é pré-termo e a hemorragia cerebral é possível devido à fragilidade capilar, em situações de macrossomia fetal, quando é um TP rápido não havendo tempo suficiente para se dar o distensão do períneo, quando se trata de um arco supra-púbico estreito e de uma má apresentação fetal (Campos, 2008)

Prestei assistência e apoio a partos distócicos (fórceps, ventosa e cesariana) por variadas razões: incompatibilidade feto-pélvica, sinais de sofrimento fetal, variedade fetal pouco favorável, apresentação pélvica, taquicardia fetal, entre outras.

A auscultação das expectativas relativamente à participação no parto foi realizada de modo a ir ao encontro das necessidades da mulher e de forma a haver uma parceria de excelência em todo o processo de cuidados.

O facto de acompanhar a mulher ao longo do processo de trabalho de parto facilitou toda a relação terapêutica que se foi construindo e evoluindo. Foi muito gratificante sentir que estava a ajudar aquele casal naquele momento tão especial e feliz.

Para além dos cuidados prestados às mulheres, nunca esqueci as pessoas significativas que estavam a acompanhar a parturiente. Expliquei sempre tudo, desde a fisiologia do trabalho de parto aos procedimentos que se iam realizando e demonstrei sempre disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas.

Durante o parto, incentivei sempre a presença do ente escolhido. Sempre que possível, se assim o desejassem, permitiu-se que estes cortassem o cordão umbilical após deixar de pulsar (excepto em situações de incompatibilidade Rh, colheita para células estaminais), tirassem fotografias, ajudassem na prestação

dos primeiros cuidados ao RN (limpar, colocar a fralda, vestir) e pegassem no RN; tentei sempre incluí-los nos cuidados à mulher e filho. Este conjunto de medidas humanizadas constitui o berço do projecto de parentalidade.

Relativamente à episiotomia/episiorrafia e perineorrafia, foi inicialmente a técnica que mais provocou sentimentos de constrangimento e receio, talvez pelo facto de ser uma incisão no órgão genital feminino.

No que concerne ao terceiro estágio de TP procedi à dequitação, respeitando o mecanismo natural. Houve oportunidade de observar os dois mecanismos de descolamento placentar (Duncan e Schultz), realizando as manobras de forma distinta. Após a dequitação é de referir a importância de realizar a avaliação da formação do globo de segurança de Pinard e administrar a ocitocina apropriada, bem como a verificação da integridade da placenta e membranas para despiste de complicações no pós-parto. Além de verificar e estimar a perda sanguínea materna, também é imprescindível proceder à verificação da existência dos três vasos do cordão umbilical. Dos partos realizados, houve a ocorrência de três situações de membranas fragmentadas. Destas complicações, duas foram resolvidas com revisão uterina digital e numa foi necessária a realização de curetagem uterina sob anestesia geral.

A competência 4 (OE, 2010, pág. 6) preconiza “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o **período pós-natal**, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”.

A ICM, na competência 5, descreve que “as parteiras prestam cuidados abrangentes e integrados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da Mulher e Família, no pós-parto e puerpério” (2000, pág. 15).

No quarto estágio do trabalho de parto, o chamado puerpério imediato, tive sempre em atenção a promoção da vinculação da tríade e o aleitamento materno, em que explicava sobre os sinais de uma boa pega.

De forma a iniciar o processo de vinculação o mais precocemente possível, organizações como a UNICEF/OMS preconizam o alojamento conjunto entre mãe e RN, o que reduz o stress de adaptação à vida extra-uterina e facilita a amamentação. O contacto pele-a-pele ajuda na regulação da temperatura corporal do RN e promove a transmissão da flora bacteriana da mãe para o RN (Lowdermilk, 2008).

Na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN e na optimização da adaptação à vida extra-uterina, foram delineadas e realizadas diversas actividades.

Sempre que havia oportunidade e não realizava o parto procurei ser a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados ao recém-nascido.

Primeiramente, verificava a funcionalidade de todos os equipamentos antes do nascimento, preparando a unidade para qualquer eventualidade, colocava a roupa, fralda e flanela sob a fonte de calor; registava a hora do nascimento, avaliava o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos de vida, assegurando a avaliação física e imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extra-uterina (OE, 2010, pág. 5).

No que respeita aos cuidados imediatos ao recém-nascido, houve a oportunidade de realizá-los, dos quais 10 por parto eutócico e 15 por parto distócico, sendo 11 nascidos por CST, 4 por ventosa e 0 por fórceps. As medidas realizadas foram de acordo com a situação; no entanto, a promoção da díade/tríade foi sempre tida em conta. No que respeita à adaptação do RN à vida extra uterina, efectuei os cuidados imediatos ao RN, promovi o contacto pele-a-pele do recém-nascido com a mãe sempre que possível, mantive o RN seco com auxílio de pano aquecido, avaliei a necessidade de aspiração de secreções, realizei o exame físico ao RN e verifiquei os vasos do cordão umbilical, a fim de despistar malformações aparentes, pesei o RN, administrei a vitamina K, vesti o RN com a roupa pré-aquecida e identifiquei mãe e RN com pulseiras e pulseira de segurança anti rapto, efectuei a lavagem ocular com soro fisiológico, estive alerta para sinais e sintomas de alarme no RN e, como já foi referido, apoiei a amamentação exclusiva.

O aleitamento materno torna-se uma prioridade reconhecida nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem sendo que a amamentação é um momento privilegiado de carinho e afecto entre o recém-nascido e a mãe. Durante o EC, prestei cuidados de enfermagem especializados a mulheres no 1º dia de puerpério, após partos eutócicos e distócicos, a maior parte prestados a utentes a quem tinha feito o parto. Assim, realizei o exame físico sistemático à puérpera e RN, avaliei a involução uterina, perdas hemáticas e cicatrização de lacerações e suturas e prestei cuidados de higiene e conforto. Outra componente importante deste objectivo passou pela educação para a saúde

com vista à satisfação do auto-cuidado, cuidado do RN, prevenção de complicações, promoção e apoio ao aleitamento materno.

Tive o cuidado de visitar algumas das puérperas no serviço de internamento, no dia a seguir ao parto, de forma a avaliar os cuidados por mim prestados, reforçando a Educação para a Saúde realizada na Sala de Partos. Na visita, procedi à observação do períneo, numa perspectiva de avaliação da qualidade das técnicas de reparação, verificando, com satisfação, a boa evolução cicatricial e a qualidade das episiorrafias e sutura de lacerações por mim realizadas e a adaptação da família ao novo membro. Esta actividade permitiu-me despistar algumas complicações, tais como deiscência da sutura, hematoma, edema e obter feedback da família de modo a poder melhorar os cuidados prestados. Esta visita foi muito gratificante e espero poder continuar a realizá-la quando for EESMO.

A detecção precoce de possíveis complicações do puerpério, assim como a orientação e o apoio à mãe no auto-cuidado e no cuidar do seu filho são importantes e referidas como critério de avaliação pela OE.

Todas as actividades realizadas tiveram a finalidade de desenvolver e aperfeiçoar as competências científicas, técnicas e humanas preconizadas pelo ICM e OE descritas no documento orientador da Unidade Curricular. A integração de todas as competências permitiu a compreensão do exercício profissional do enfermeiro especialista e a sua importância no desenvolvimento da enfermagem.

O objectivo major deste Estágio, além de vivenciar o maior número de situações possíveis, foi prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar dos mesmos, de forma a diminuir a morbilidade e mortalidade materna e perinatal, ao longo das várias fases do ciclo vital.

A prestação de cuidados na área da Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica, foi um grande desafio ao longo das 20 semanas de Estágio. Cada experiência por mim vivenciada contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional de forma bastante satisfatória.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ética é o conjunto de regras e princípios que regem a conduta moral e profissional.

Neste relatório, apoiei-me sempre em conhecimentos com evidência científica. Procurei sempre aprofundar o conhecimento, ser autocrítica de modo a contribuir para o desenvolvimento, dignificação e enriquecimento desta temática. Este estudo teve em atenção os direitos do entrevistado.

Antes de proceder à recolha de dados, efectuei os pedidos de autorização específicos: comissão de ética, comissão de investigação clínica e à Enfermeira Chefe do respectivo serviço do Hospital X. Após algumas reuniões, as respectivas comissões deliberaram favoravelmente, tendo sido autorizada a aplicação do instrumento de pesquisa.

Durante as entrevistas, informei claramente os sujeitos participantes sobre o tema, objectivo, finalidade, utilidade do estudo e a importância de participarem. Procedi ao pedido da assinatura no consentimento informado e voluntário e também ao pedido de autorização para gravar, por parte dos indivíduos que participaram no estudo, em que foi zelada a garantia da confidencialidade, sigilo e anonimato dos dados. Além disso, no decorrer das entrevistas tentei sempre conferir um ambiente de privacidade.

Após a recolha de dados tentei não enviar os resultados, transcrevendo tudo o que foi gravado, sem causar quaisquer danos aos participantes em estudo.

Todo o investigador tem o dever civil, deontológico e ético para com a comunidade científica e participantes no estudo. Segundo Fortin (2003), qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético e os valores de relacionamento humano deverão ser protegidos.

O mesmo autor diz que a investigação, quando aplicada a seres humanos, exige da parte do investigador, o respeito pelos cinco princípios determinados pelos códigos de ética, e que se revelam basilares para proteger a liberdade e os direitos dos sujeitos que participam nas investigações.

São eles: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

O direito à autodeterminação “ (...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela (...)” (Fortin 2003, pág.116). Este direito está relacionado com o facto do sujeito escolher voluntariamente participar ou não numa investigação para a qual foi convidado. Segundo o artigo 9º do código de Nuremberg, o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar, em qualquer momento, do estudo que consentiu previamente (OE, 2010).

O ponto 1 do artigo 8º, Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros refere que no exercício das suas funções,” os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos...” (OE, 2010).

O direito à intimidade faz referência à protecção do corpo, ao pudor dos sujeitos. O que se torna um verdadeiro desafio, uma vez que há tanta exposição do corpo. O que tentei fazer sempre foi pedir a autorização antes de qualquer intervenção, proporcionar privacidade e tentar ao máximo que a mulher não se sentisse tão exposta. O direito ao anonimato e à confidencialidade, relaciona-se com o direito que o sujeito tem de não ser associado às suas respostas individuais nem mesmo pelo próprio investigador.

O direito quanto à protecção contra o desconforto e o prejuízo “ (...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.” (FORTIN, 2003, pág.118). Para salvaguardar este direito, tentei proporcionar um ambiente calmo e acolhedor de forma a diminuir, ou mesmo excluir, o risco temporário de desconforto. O sujeito participante é protegido de qualquer inconveniente susceptível de lhe fazer mal ou de o prejudicar. Uma vez que a investigação beneficia o plano social, deve ser salvaguardado qualquer prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica. O direito a um tratamento justo e equitativo está contemplado no direito em ser informado sobre a natureza, a finalidade, a duração e os métodos utilizados na investigação.

Satisfazendo estas regras e no decorrer do meu estudo, assegurei o direito à privacidade e sigilo dos participantes na investigação, protegendo-os de danos morais e físicos, esclarecendo-os de igual modo e não negligenciando os valores de conduta humana.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final deste trabalho, parece importante referir que esta metodologia foi para mim uma experiência muito enriquecedora. A elaboração do mesmo permitiu que, dentro da temática escolhida, da literatura consultada e pesquisa realizada, fosse possível alcançar os objectivos a que me propus.

No entanto, apesar da tentativa em assegurar o máximo de rigor metodológico, há a referir algumas limitações. O principal factor limitativo é o temporal – associado à elaboração deste relatório. O facto de ser uma investigadora pouco experiente também foi uma limitação. A realização de entrevistas no período de trabalho de parto e no pós-parto, ambos momentos muito emotivos e de menor capacidade de reflexão, condicionou de certa forma as respostas.

Apesar de a maioria dos enfermeiros do Bloco de Partos ter conhecimentos sobre este tema que desenvolvi, têm consciência de que alguns factores influenciam negativamente as suas intervenções. Assim, considero como vulnerabilidade a resistência à mudança por parte da equipa de enfermagem.

Esta reflexão passou também pela sensibilização da equipa de enfermagem, a quem apresentei os resultados do meu estudo com o intuito de aperfeiçoar os cuidados, mostrando as expectativas das mulheres, de forma a contribuir para um processo de adaptação parental saudável.

Apesar das dificuldades atrás mencionadas, este trabalho foi uma experiência única e gratificante. Permitiu-me um desenvolvimento pessoal e intelectual e exigiu-me grande dedicação e envolvimento.

A participação activa e o *empowerment* são cada vez mais falados, logo trazem novos desafios e exigências aos profissionais de saúde desta área. Diniz (2008) remete para os conceitos de promoção da saúde, que visam alcançar a autonomia, o respeito e a dignidade pela pessoa humana, quando se fala da humanização do parto.

Muitas vezes, as mães entregam-se à equipa, esquecendo que o seu papel é o mais importante, sendo os enfermeiros meros orientadores e supervisores.

O envolvimento das mulheres na tomada de decisões está entre os 10 princípios dos cuidados perinatais abordados pela OMS (2011).

De acordo com os resultados obtidos da RSL, a informação e a decisão informada são direitos que devem ser promovidos nos cuidados de saúde à mulher. No processo de parto, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com o seu filho. O profissional tem a obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre os cuidados, dando-lhe a oportunidade de participar.

Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica têm o dever de ser educadores para a saúde por excelência, desenvolvendo acções de educação nesta área. Melhorar a saúde da mulher grávida e facilitar a vivência da gravidez como uma experiência gratificante para o casal é promover o nascimento de uma criança saudável (Lowdermilk, 2008).

Dos resultados referentes às entrevistas que efectuei, concluo que os profissionais de saúde são encarados como elementos fundamentais para a mulher, a mesma que procura uma equipa humanizada em que possa confiar.

O enfermeiro, sendo o profissional que mais tempo dedica junto da mulher e família, é quem ouve as expectativas, os medos, as dúvidas e os receios. Por tudo isso, é ele o ente privilegiado para atender às necessidades e respeitar os direitos de modo a proporcionar uma excelência nos cuidados.

A transmissão de expectativas realistas em relação à vivência do trabalho de parto e parto torna-se um marco prioritário. Daí a importância da preparação para a parentalidade em que se inicia uma relação de confiança, valorização e escuta de modo a preparar o casal para um momento tão especial, facilitando a experiência de forma satisfatória.

Os aspectos mais valorizados pelas grávidas na vivência do parto foram o nascimento do bebé sem complicações e a presença do companheiro. Nos aspectos mais valorizados pelas puérperas na vivência do parto, refere-se o contacto pele-a-pele, a ansiedade e a dor.

Confirma-se com a pesquisa que, à medida que o parto se aproxima, a grávida vai desenvolvendo expectativas acerca do seu decurso. Poderão estar relacionadas, mas não só, com as rotinas médicas e hospitalares despersonalizantes mas também com as responsabilidades súbitas, mudanças no papel e outras alterações físicas e psicológicas que advêm da presença do bebé (Canavarro, 2001).

O enfermeiro especialista tem como objectivo a maximização do bem-estar da utente/família na medida em que diagnostica as necessidades dos cuidados e implementa as intervenções apropriadas para a promoção do auto-cuidado, promoção do auto-controlo e mestria no exercício do papel parental.

Segundo Orem, a educação em saúde participativa apresentou-se como fundamental estratégia para reflexão e discussão das situações de saúde.

Reflectindo sobre essa Teórica, infere-se que a ajuda proporcionada por enfermeiros, no atendimento das necessidades humanas, caracteriza-se numa sistematização de ensino do autocuidado. Quanto mais a mãe se encontrar envolvida e participar nas decisões relativas ao parto e também nos cuidados a fornecer ao bebé logo a seguir ao parto, melhor é a experiência da parturiente e a qualidade de interacção entre mãe e bebé.

Até que ponto os enfermeiros estão motivados e interessados em saber as expectativas das mulheres? A conclusão deste relatório proporcionou-me resultados pertinentes que penso que irão contribuir para a melhoria da prestação de cuidados no âmbito desta temática, com vista à obtenção de ganhos em saúde, ao crescimento e reconhecimento da profissão.

Sugere-se que estas conclusões sirvam de base a futuros estudos, com o intuito de se melhorar os cuidados à mulher. O reconhecimento pela individualidade e a percepção das suas necessidades fazem parte da acção humanizada e geram relações menos desiguais e menos autoritárias, porque o parto deverá ser considerado como um fenómeno fisiológico no qual a mulher se insere como condutora do processo.

Pretendo deixar algumas sugestões, comprometendo-me desde já a dar execução a algumas das que dependam da minha acção.

- Proceder à divulgação do estudo nos serviços de acompanhamento, internamento e vigilância das grávidas, conferências científicas.
- Promover acções de formação, de forma a motivar os profissionais para uma prestação de cuidados mais individualizados.
- Utilizar o plano de parto no Bloco de Partos caso venha a trabalhar nesta unidade e tentar torná-lo universal e transversal para os centros de saúde;
- Realizar um artigo com esta temática e com os resultados obtidos.

- Desenvolver novos trabalhos e aprofundar novas temáticas como o empowerment e autonomia em trabalho de parto.

7. BIBLIOGRAFIA

ALEXANDRE, Andrezza Franzoni (2011) - **Evolução do parto humano e da assistência ao parto**. Disponível em:

<http://www.amigasdopartoprofissionais.com/2011/03/evolucao-do-parto-humano-e-da.html> Acesso em 12 Agosto 2012

AYRES, J. R. (1995) – **Epidemiologia e Emancipação**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

BARDIN, Laurence (2009) – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda. ISBN 978-972-44-1506-2.

BOTELHO, José Rodrigues (1996) – O trabalho de projecto na prática do Enfermeiro. **Enfermagem em foco**. Lisboa. ISSN 0871-8008.

BRANDEN, P.S. (2000) - **Enfermagem Materno-Infantil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso. ISBN 85-87148-41-9.

BRAZELTON, B., & CRAMER, B. (2004) - **A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce**. Lisboa: Terramar. ISBN 9789727100835

BRAZELTON, T. B. (1992) – **Tornar-se Família**. Lisboa: Terramar, ISBN 972 – 710-056-2.

CAMPOS, Diogo A.; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa (2008) – **Protocolos de Medicina Materno-fetal**. 2ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN-13: 978-972-757-467-4.

CANAVARRO, Maria C. (2001) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-77-5.

CARVALHO, M. (2003) – **Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais**. Cadernos Saúde Pública, 19 (2).

COLLIÈRE, Marie- Françoise (2001) – **Cuidar... A Primeira Arte de Vida**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-53-3.

COSTA, R. (2004) - **Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto**. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Departamento Psicologia. Tese de mestrado.

COSTA, R. et al. (2003) - **Parto: expectativas, experiência, dor e satisfação**. Psicologia Saúde & Doença. Vol. 4, nº 1.

COUTO, G. (2006) - **Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 14, nº 2.

DINIZ, Carmen Simone Grilo (2008) - **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) - **Centro de Documentação e Informação. Guia de Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) - **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Ano lectivo 2010/2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

FIGUEIREDO, B., COSTA, R., PACHECO, A. (2002) - **Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas**. Análise Psicológica. Série 20, nº 2.

FORTIN, M. (2003) - **O processo de Investigação**. 3ª Ed.. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-972-8383-10-7.

FREITAS, M. G., FREITAS, M. N. (1996) - **Preparação para o parto pelo método psicoprofilático**. Sinais Vitais. Nº 8.

GRAÇA, M. (2005) – **Medicina Materno-fetal**. 3ª Ed. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-325-8.

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no hospital**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-11-8.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, **Introduction to the International Confederation of Midwives**. (2000), Acedido em 15/01/12. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/>.

KAO, Bi-Chin et al (2005) – **A Comparative Study of Expectant Parents Childbirth Expectations**, vol.12. Nº3. Journal of Nursing Research.

KITZINGER, S. (1995) - **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget.

LEITÃO, F. (2010) - **Autonomia da Mulher em Trabalho de Parto**. Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, Departamento de Bioética, Mestrado em Bioética.

LE BOTERF, Guy (2004) – **Construire les Competences Individuelles et Collectives: la Competence n´est plus cequ ´elle ´était**. 3ªedição. Paris: Éditions d´organization, ISBN 2-7081-3046-3.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al (2005) – **O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de mães sobre o Parto**, Volume 18(2). Psicologia: reflexão e crítica.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY Shannon E. (2008) - **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-16-1

MALDONADO, M. T. P. (2005) – **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Ed. Petrópolis: Vozes.

MENDONÇA, Eduardo Alves (2004) - **A construção cultural do nascimento e suas representações**: o olhar da gestante na medicalização da gravidez e do parto. Rio de Janeiro; Tese Apresentada ao Instituto Fernandes Figueira para obtenção do grau de Doutor.

OREM, D. E. (1980) – **Nursing: Concepts of Practice**. 2ª edição. New York, McGraw-Hill.

OREM, D. E. (1991) – **Nursing: Concepts of Practice**. 4ª edição. St Louis: Mosby.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) - **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Série Maternidade Segura. Genebra.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiros: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: OE, ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem**. Lisboa: Assembleia-geral, 17 de Março.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. Lisboa: CEESMO, 5 de Novembro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa: CEESMO, 20 de Novembro.

PATRÃO NEVES, Maria do Céu (2001) - **Comissões de Ética**. Gráfica de Coimbra, ISBN: 9789726032731.

PEDRAS, Célia do Rosário Neto (2007) – **Preparação para a Parentalidade. Servir**. Lisboa. Nº4 / 5, Julho/ Outubro.

PHANEUF, Margot (2002) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Canadá: Lusociência, ISBN 972-8383-84-3.

POLIT, Denise F, et al (1995) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Asta Médica, ISBN 85-7307-101-X.

REZENDE, J. - **Obstetrícia**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SANTOS, Fernanda Maria (1999) - Opiniões e Realidade. Elaboração de Protocolos. **Enfermagem**. Lisboa. Nº16. 2ª série. ISSN 0871-0775.

SARDO, D., LEITE, L., CÔTO, R. (2007) - **Proposta de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**. Almada: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.

SODRÉ, Thelma Malagutti et al (2010) - **Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-paraná**. Volume 19 (3). Texto e Contexto Enfermagem- Redayc.

STOTZ, Eduardo Navarro (1993) - **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática/organização**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

TERESO, Alexandra (2005) - **Coagir ou emancipar? Sobre o Papel da Enfermagem no exercício da cidadania das parturientes**. Coimbra: Formasau, ISBN:972-8485-44-1.

APÊNDICES

Apêndice I

Pedidos de autorização

**À Comissão de Investigação Clínica do
Hospital Fernando da Fonseca
Lisboa, Novembro 2011**

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo na área da Saúde Materna.

Eu, Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca, Enfermeira Graduada, com nº OE 5-E-43065, aluna de 2.º Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da Profª Anabela Ferreira dos Santos, venho por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo sobre as expectativas da mulher relativamente à sua participação no nascimento do filho, tendo como objectivo a promoção de cuidados de enfermagem que aumentem a satisfação da parturiente em sala de partos.

Este estudo visa contribuir para a aquisição de competências no âmbito das funções do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, sendo uma mais valia para a consecução dos objectivos propostos para o meu percurso académico (em anexo 1, o projecto).

Os objectivos do estudo são:

- Identificar as necessidades de cuidados sentidas pelas mulheres
- Compreender o desejo da mulher na sua participação de tomada de decisão relativamente ao nascimento do filho
- Conhecer as expectativas da mulher referentes ao trabalho de parto.

A população será formada por mulheres grávidas e puérperas no serviço de internamento de Obstetrícia, excepto cesarianas electivas.

As participantes serão avaliadas em dois momentos (durante a gravidez e depois do puerpério). Serão avaliadas as variáveis: a presença da preparação para o parto, o plano de parto, as expectativas referentes à participação durante o trabalho de parto, as idealizações e vivências relacionadas com o parto.

Na primeira fase serão realizadas entrevistas durante o mês de Novembro, Dezembro e Janeiro de 2011 até à saturação de respostas; posteriormente,

proceder-se-á à análise qualitativa de conteúdo, segundo Bardin, para tratamento e análise de dados.

Mais informo que este estudo não acarreta quaisquer custos adicionais ao H. x, sendo o trabalho da total responsabilidade da investigadora.

Todas as informações pessoais serão tratadas com absoluta confidencialidade. Serão também disponibilizados os resultados do estudo à Direcção de Enfermagem do H. x.

Pede deferimento

Atenciosamente,

Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca

**Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do
Hospital Fernando da Fonseca**

Lisboa, Novembro 2011

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo na área da Saúde Materna.

Eu, Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca, Enfermeira Graduada, com nº OE 5-E-43065, aluna de 2^o Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da Prof^a Anabela Ferreira dos Santos, venho por este meio solicitar o parecer ético para a realização de um estudo cujo tema é “ As expectativas da mulher relativamente à participação no nascimento do seu filho”, tendo como objectivo a promoção de cuidados de enfermagem que aumentem a satisfação da parturiente em sala de partos.

Este trabalho surge no âmbito da disciplina de Projecto/Estágio com Relatório do Mestrado da ESEL.

Este estudo visa contribuir para a aquisição de competências no âmbito das funções do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, sendo uma mais valia para a consecução dos objectivos propostos para o meu percurso académico (em anexo 1, o projecto).

Os objectivos do estudo são:

- Identificar as necessidades de cuidados sentidas pelas mulheres
- Compreender o desejo da mulher na sua participação de tomada de decisão relativamente ao nascimento do filho
- Conhecer as expectativas da mulher referentes ao trabalho de parto.

Relativamente à descrição do estudo: será qualitativo e a população constará de mulheres grávidas e puérperas no serviço de internamento de Obstetrícia, excepto cesarianas electivas. As participantes serão avaliadas em dois momentos (durante a gravidez e depois do puerpério). Serão avaliadas as variáveis: presença da preparação para o parto, o plano de parto, as expectativas referentes à participação durante o trabalho de parto e as idealizações e vivências relacionadas com o parto.

Na primeira fase serão realizadas entrevistas durante o mês de Novembro, Dezembro e Janeiro de 2011 até à saturação de respostas e posteriormente analisar-se-á qualitativamente o conteúdo segundo Bardin, para tratamento e análise de dados.

Todas as participantes terão de assinar um termo de consentimento informado.

Mais informo que este estudo não acarreta quaisquer custos adicionais ao H. x, sendo o trabalho da total responsabilidade da investigadora.

Todas as informações pessoais serão tratadas com absoluta confidencialidade. Serão também disponibilizados os resultados do estudo à Direcção de Enfermagem do H. x.

Pede deferimento

Atenciosamente,

Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca

“ Expectativas da mulher relativamente à participação no nascimento do seu filho”

Justificação do estudo:

Este estudo visa contribuir para a aquisição de competências no âmbito das funções do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, sendo uma mais-valia para a consecução dos objectivos propostos para o actual percurso académico.

Trata-se de um processo dinâmico e contínuo, que pressupõe o planeamento de acções a executar, tendo como função elaborar e definir estratégias para solucionar um determinado problema, perspectivando os resultados.

O enfermeiro, ao longo do percurso profissional, deverá desenvolver aptidões que melhorem os cuidados prestados, nessa perspectiva, este estudo visa contribuir para a obtenção da competência específica da promoção da assistência humanizada, tendo em conta a privacidade, a individualidade e o respeito pelos valores éticos e culturais da parturiente.

Reflectindo sobre esta matéria surgem algumas inquietações, que me leva a algumas questões de partida – Será que nós, enfermeiros, proporcionamos um ambiente propício à participação da mulher no seu parto? E, será que poderemos ir ao encontro das expectativas que ela faz relativamente ao trabalho de parto?

Além disso, terão elas conhecimento dos seus direitos na sala de partos?

Estas interrogações são essenciais; pois segundo Collière (1999:202), citando OMS: “uma profissão consciente dos seus deveres deve levantar questões que mereçam suscitar pesquisas”.

Assim, enuncio a pergunta de partida como fio condutor deste estudo:

Quais as expectativas da mulher relativamente à sua participação no nascimento do seu filho?

Objectivo:

O presente estudo tem como objectivo:

- Identificar as necessidades de cuidados sentidas pelas mulheres no período perinatal;
- Compreender o desejo da mulher na sua participação na tomada de decisão relativamente ao nascimento do seu filho e,
- Conhecer as expectativas da mulher referentes ao trabalho de parto.

Metodologia e Método:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa.

Optou-se pela utilização da entrevista como metodologia de recolha de dados cujo guião junto em anexo.

Para o tratamento e análise de dados adoptar-se-á a metodologia de análise de conteúdo segundo Bardin.

Amostra e Local de Estudo:

Mulheres grávidas e puérperas no serviço de internamento de Obstetrícia do H. x, excepto cesarianas electivas. As participantes serão avaliadas em dois momentos (durante a gravidez e puerpério).

Processo de Recrutamento:

Serão avaliadas as variáveis: a presença da preparação para o parto, o plano de parto, as expectativas referentes à participação durante o trabalho de parto, as idealizações e vivências relacionadas com o parto.

Na primeira fase serão realizadas entrevistas durante o mês de Novembro, Dezembro e Janeiro de 2011 até à saturação de respostas.

A participação da população no estudo será voluntária, sendo assegurado o anonimato das informações. Proceder-se-á à obtenção do consentimento livre e informado das participantes no estudo (Termo de Consentimento Esclarecido em Anexo).

Após serem submetidas aos critérios de inclusão e exclusão serão convidadas a participar no estudo, informando-as dos objectivos e relevância do mesmo.

Resultados Esperados:

É esperada a promoção de cuidados de enfermagem que aumentem a satisfação da parturiente em sala de partos. Serão disponibilizados os resultados do estudo à Direcção de Enfermagem do H. x.

**Chefe do Serviço de Obstetrícia do
Hospital Fernando da Fonseca
Lisboa, Novembro 2011**

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo na área da Saúde Materna.

Eu, Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca, Enfermeira Graduada, com nº OE 5-E-43065, aluna de 2^o Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da Prof^a Anabela Ferreira dos Santos, venho por este meio solicitar a autorização para a realização de um estudo sobre as expectativas da mulher relativamente à sua participação no nascimento do filho, tendo como objectivo a promoção de cuidados de enfermagem que aumentem a satisfação da parturiente em sala de partos.

Este estudo visa contribuir para a aquisição de competências no âmbito das funções do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, sendo uma mais valia para a consecução dos objectivos propostos para o meu percurso académico (em anexo 1, o projecto).

Os objectivos do estudo são:

- Identificar as necessidades de cuidados sentidas pelas mulheres
- Compreender o desejo da mulher na sua participação de tomada de decisão relativamente ao nascimento do filho
- Conhecer as expectativas da mulher referentes ao trabalho de parto.

A população será formada por mulheres grávidas e puérperas no serviço de internamento de Obstetrícia, excepto cesarianas electivas.

As participantes serão avaliadas em dois momentos (durante a gravidez e depois do puerpério). Serão avaliadas as variáveis: a presença da preparação para o parto, o plano de parto, as expectativas referentes à participação durante o trabalho de parto, as idealizações e vivências relacionadas com o parto.

Na primeira fase realizar-se-ão entrevistas durante o mês de Novembro, Dezembro e Janeiro de 2011 até à saturação de respostas e posteriormente proceder-se-á à

análise qualitativa de conteúdos segundo Bardin, para tratamento e análise de dados.

Mais informo que este estudo não acarreta quaisquer custos adicionais ao H. x, sendo o trabalho da total responsabilidade da investigadora.

Todas as informações pessoais serão tratadas com absoluta confidencialidade. Serão também disponibilizados os resultados do estudo à Direcção de Enfermagem do H. x

Pede deferimento

Atenciosamente,

Ana Sofia Monteiro Marques da Fonseca

Apêndice II

Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA (o antes do parto e o após o parto)

Caracterização da população:

Idade:

Estado civil:

Nº filhos:

1º filho:

Tipo de parto:

Teve preparação para o parto? Nesta gravidez?

Distância entre os partos?

Elaborou o plano de parto? Nesta gravidez?

Às grávidas

Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

O que idealiza?

O que é mais importante para a vivência do parto?

Às puérperas

O que foi mais importante na vivência do parto?

Como participou?

Apêndice III

Consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Aceito conceder e responder à entrevista assim como a respectiva gravação efectuada pela senhora Enfermeira, estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o objectivo de prestar melhores cuidados em Saúde Materna, no contexto do parto.

Declaro também que me foram fornecidas todas as informações acima mencionadas pela senhora Enfermeira, bem como sobre os meus direitos, nomeadamente:

I – Ser tratada com humanidade e respeito.

II – Garantir o sigilo e confidencialidade das informações que me digam respeito.

III – Promover a participação voluntária e informada.

Lisboa, de de

Assinatura da utente

Assinatura do estudante

Apêndice IV

Caracterização resumida da
amostra

Caracterização resumida da amostra

Características dos entrevistados	Idade	Estado civil	Paridade	Tipo de parto	Preparação para a parentalidade	Plano de parto
A	37	Casada	1º filho	Eutócico	Não	Não
B	21	União De Facto	1º filho	Cesariana	Não	Não
C	30	Solteira	2º filho (1º filho – 3 anos)	Cesariana	Sim na 1ª gravidez	Não
D	36	Solteira	4º filho (1º filho – 18 anos, o 2º com 15 anos, o 3º 9 anos)	Eutócico	Não	Não
E	23	Casada	1º filho	Eutócico	Não	Não
F	34	Casada	2º filho (1º filho – 3 anos)	Eutócico	Sim na 1ª gravidez	Não
G	31	Casada	2º filho (1º filho com 2 anos)	Eutócico	Não	Não
H	33	Casada	2º filho (1º filho com 4 anos)	Eutócico	Sim na 1ª gravidez	Não
I	34	Solteira	1º filho	Eutócico	Sim	Não
J	25	Casado	1º filho	Eutócico	Não	Não
K	35	Casada	2º filho (1º filho com 3 anos)	Eutócico	Não	Não
L	34	União de Facto	1º filho	Distócico - forceps	Não	Sim
M	34	Casado	2º filho (1º filho – 3 anos)	Cesariana	Sim no 1º filho	Não
N	31	União de facto	1º filho	Eutócico	Não	Não
O	32	Casada	2º filho (1º filho – 3 anos)	Cesariana	Sim no 1º filho	Sim na 1ª gravidez

Apêndice V

Verbatim das entrevistas

ENTREVISTADA A

(enquanto grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Ter a epidural para viver o parto mais lúcido e com menos dor...” – afirma de forma peremptória

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Ser rápido, sem dor...” – resposta pronta

3ª Questão (grávidas): O que é mais importante na vivência do parto?

(ar compenetrado) ...”Ver o filho saudável...

Que a dor passe...”

(Pós-parto)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Vivi com muita calma...” – afirma com voz pausada.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Portei-me bem, fiz tudo o que me pediram para fazer...” – ostenta um sorriso.

ENTREVISTADA B

(enquanto grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Tenho medo, mas espero ajudar um pouco no trabalho de parto....” – diz esperançosa.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

(pausa) -...”Rapidez...”

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

B – ...”O sentir o meu filho nos braços...” ~sorri, agradada.

(Pós-parto)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Foi uma experiência tão boa, única!” – o ar de plenitude é bem patente.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Fiz tudo o que me pediram, mantive-me sempre calma...” – refere satisfeita.

ENTREVISTADA C

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”O que for preciso fazer, eu estou pronta para fazer...” – afirma, de forma prática.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Rapidez, que não sejam muitas horas, não sofrer durante muitas horas (pausa)... que o parto não assuste...” – remata.

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

...”Que o marido esteja presente e que o meu bebé nasça com saúde...” – resposta cadenciada.

(Pós-parto)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Complicado, pela dor ...” – responde, cautelosa.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Falei sempre com a enfermeira, informou-me de tudo, sempre tentando participar...” – relata, convicta.

ENTREVISTADA D

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Participar, colaborar ao máximo em tudo o que me digam...” – diz de imediato.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

... "Eu e o meu filho estarmos bem..."

3ª Questão : O que é mais importante na vivência do parto?

... "Que corra tudo bem com o meu bem precioso..."

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

... "Sem dor..." – afirma, lacônica.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

... "Foi cesariana de urgência, não participei..." – mostra laivos de decepção.

ENTREVISTADA E

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

... "Não tenho grandes expectativas, não sei bem o que me espera..."

- afirma, hesitante.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

... "Que corra tudo bem, sem percalços..." – diz, cautelosa.

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

... "Confiar na equipa que nos assiste, para não perder a calma e colaborar em tudo o que é aconselhado..."

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

... "Com calma e naturalidade..." – afirma serenamente.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

... "Participei colaborando em tudo o que me foi pedido..."

ENTREVISTADA F

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Espero que corra o mais natural possível, com recurso a epidural...” – afirma, otimista.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”parto eutócico, em que corra tudo bem comigo mas principalmente com o bebé (se possível sem recurso a ventosas, fórceps ou outros instrumentos)”

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

...”Confiar na equipa que vai fazer o parto para viver o parto com a máxima serenidade...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Com alguma ansiedade mas ao mesmo tempo foi um momento sereno, mágico, vivido e sentido em toda a sua plenitude.” – é bem patente a expressão confiante.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Colaborar ao máximo com a equipa que realizou o parto...”

ENTREVISTADA G

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Como se lê nos livros, participar, respirar, fazer força, fazer o que me disseram para fazer...” – afirma, prática.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Momento rápido, num ambiente favorável, profissionais humanizados...”

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

(momento de reflexão) ...”Ambiente humanizado, com música, temperatura adequada, o marido a participar comigo...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

Às puérperas

...”O facto de não poder sair da cama foi muito duro para mim, agrediu-me muito porque tudo o que tinha aprendido acabei por não realizar... foi extremamente penoso... e seria tão importante para mim não ficar confinada à cama...o bebé tinha um prolapso do cordão – o tom de voz é de crispação. E continua

“Foi um parto prolongado. O facto de não me conseguir mexer, não me poder levantar foi muito duro, agrediu-me muito porque tudo o que aprendi não fiz.

Nunca me ocorreu que fosse um parto induzido...” – no rosto, é bem patente a memória de um acontecimento ainda fresco.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Fui induzida, nunca pensei. Não participei, fui passiva, nada como tinha idealizado...” (mostra-se um pouco decepcionada).

ENTREVISTADA H

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Não conseguir aguentar a dor; portar-me mal, não ter força e estar muito tempo em trabalho de parto...” – mostra receio evidente.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Chegar e parir...” – prossegue gravemente.

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

(baixa os olhos, pensativa) ...”Ambiente calmo, não ter uma enfermeira a dizer para não gritar, a dizer aquelas frases do antigamente...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

(adopta um ar concentrado) ...”Com relativa calma.

O que me marcou mais foi ter sido eu a retirar a minha filha cá para fora no período expulsivo...”

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Portei-me muito bem, ajudei no que pude...” – nota-se a expressão de realização pessoal, de “dever cumprido”.

ENTREVISTADA I

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Respirar. Colaborar o máximo que puder, fazer a força no momento certo, que corra tudo bem...”

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Idealizo que seja muito doloroso, aí as contracções...” – o receio na voz.

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

(reflete)...”Que seja rápido, sem sofrimento para o bebé...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Vivi com algumas dores...”

A episiorrafia deu-me muitas dores e tive várias lipotímias...” – diz pesarosa.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Fiz tudo o que me mandaram fazer ... fiz epidural com 6 cm e depois foi super rápido...”

ENTREVISTADA J

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Conseguir controlar as dores e respirar bem...”

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Parto rápido...”

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

(pausa) ...”que seja rápido...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”É uma sensação inexplicável quando o bebê fica em cima de nós...” – mostra uma expressão sonhadora.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Fiz quase tudo o que me pediram ... no final já não tinha força ... tiveram que fazer força na minha barriga para ajudar...”

ENTREVISTADA K

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Sou muito pelo natural, tenho muita tolerância à dor; sempre quis parto eutócico sem epidural para participar o máximo possível no parto...”

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

(hesitação na voz) ...”Não sei bem o que me espera, visto ser o primeiro filho, mas espero encontrar um serviço mais humanizado: equipamento e pessoal...”

3ª Questão : O que é mais importante na vivência do parto?

...”Que os profissionais e o marido estejam calmos.

Que o meu marido esteja preparado e presente assim como eu preparada...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Não quis epidural. Correu tudo bem com o meu bebé. Assim que nasceu, nunca mais saiu de ao pé de mim – contacto pele a pele.

O pai cortou o cordão, nunca saiu de ao pé de mim e o bebé começou logo a mamar...” – mostra um ar de plena satisfação.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Colaborei ao máximo, o mais natural possível que era como queria, tentando manter a calma e serenidade necessárias...”

ENTREVISTAD L

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Sempre quis um parto normal mas com epidural; sempre quis o parto com o mínimo de dor para poder participar...”

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Espero que ao meu redor tudo seja tranquilo, que corra tudo pelo melhor, sem medos, sem dor...”

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

...”O marido estar ao pé, a acompanhar-me...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Senti-me sozinha, senti muito a falta dele, abandonada; porque o meu marido foi mandado embora no momento do parto, pois utilizaram ferros. O acompanhamento

dos profissionais é muito importante porque nos acalma, o que acontece é que há falta de acompanhamento e de informação...”

É tão importante que nos oiçam; senti-me a desfalecer, senti-me muito mal e ninguém deu importância. É primordial a ajuda de todas...” – expressão sofrida, mesclada de desagrado.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

(inspira profundamente) -...”Tentei fazer tudo o que me diziam... poderia ter feito mais se tivesse tido aulas de preparação para o parto...” (mostra-se condescendente).

ENTREVISTADA M

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Não quero participar, não quero ter essa responsabilidade...” – resposta imediata, sem hesitações.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Quero um parto sem dor...

Tenho medo da dor, aflige-me...” – suspira, com um toque de resignação.

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

...”Que corra tudo bem com a bebé, sem dor...” – volta a enfatizar.

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...” ter a minha filha nos braços. Não tirei os olhos de cima dela com medo que me trocassem a minha filha...” – resposta plena de receio.

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

...”Foi cesariana, tal como queria...” – salienta.

ENTREVISTADA N

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Receio de me descontrolar, de gritar, como se ouve nas histórias aterrorizadoras...” – mostra-se temerosa.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Que seja um momento bonito, imagem de um filme...” – adota uma expressão mais animada.

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

...”Ficar logo com o meu filho

(pausa) Pai presente, não estar só.

(nova pausa) Sem sofrimento para a minha bebé...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Foi maravilhoso porque veio logo para ao pé de mim a bebé e comecei logo a amamentar. Ser saudável...”

5ª Questão: Como participou no momento do parto?

(sacode a cabeça) ...”estava exausta, não consegui participar como gostaria...”

ENTREVISTADA O

(grávida)

1ª Questão: Quais as expectativas que tem em relação à sua participação durante o trabalho de parto?

...”Todas. Sei como quero, parto normal, sem analgesia, sem corte vaginal...” – afirma, fleumática.

2ª Questão: O que idealiza em relação ao parto?

...”Que o pai esteja presente, que seja num ambiente tranquilo...”

Que aguento a dor...”

3ª Questão: O que é mais importante na vivência do parto?

...”estar consciente no momento da expulsão do bebê para o ver logo à nascença...”

(puérpera)

4ª Questão: Como viveu o momento do parto?

...”Ansiosa, expectante...” – evoca, com brandura.

5ª Questão: Como participou no momento do parto

...”Gostava de ter tido um parto eutócico ao invés de uma cesariana para participar. Foi cesariana porque estava em sofrimento o meu bebê...” - suspira, em jeito de desculpa.

Apêndice VI

Plano de Parto

PLANO DE PARTO

O plano de nascimento/parto é um documento escrito em que a grávida/casal manifesta e deixa claro os seus desejos e expectativas para o momento do parto e nascimento do seu bebé.

É importante estar ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos e por vezes não é possível seguir as preferências do casal

Nome e apelido: _____

Idade: _____

EM TRABALHO DE PARTO

Os meus desejos para o parto são:	Sim	Não
Espaço Físico		
Ambiente agradável e confortável		
Ouvir música durante a dilatação		
As luzes mais baixas		
Acompanhante		
A pessoa que quero que me acompanhe durante o parto é: _____		
Estar sozinha		
Procedimentos durante o parto		
Administração de enema (lavagem intestinal)		
Tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos)		
Relaxamento e técnicas de respiração		
Liberdade para deambular caso seja possível		

Liberdade para o uso do chuveiro, se for possível		
Poder utilizar a bola de nascimento		
Estar deitada numa cama		
Ingerir líquidos se for possível		
Que não me induzam/acelerem o parto se não for possível		
Prefiro o parto sem analgesia		
Prefiro a analgesia epidural		
Ter o mínimo de observações obstétricas/ginecológicas		
Sem rompimento artificial de bolsa de águas se o meu bebé estiver bem se for possível		
Respeitar o direito da mulher à privacidade		
Apoio empático pelos profissionais de saúde		
Gostaria de ser informada das razões e decisões dos profissionais de saúde		
NO PARTO		
Gostaria de:		
Um ambiente especialmente calmo		
Não realização da episiotomia. Só se for realmente necessário. Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina		
Que o meu bebé nascesse num ambiente calmo e silencioso		
Ter o meu bebé colocado imediatamente em cima de mim após o parto		
Amamentar na primeira hora de vida		
Gostaria que fosse a cortar o cordão umbilical		
APÓS O PARTO:		

Gostaria de:		
Se possível ter auxílio na amamentação		
Que não sejam fornecidos suplementos ao recém-nascido se não for por um problema de saúde		
Se possível, permanecer o bebê em alojamento conjunto comigo o tempo todo.		
Gostaria que realizassem os primeiros cuidados ao recém-nascido na minha presença		
Gostaria que fosse a vestir o bebê		
Tirar fotografias após o parto.		
Gostaria que me fosse mostrada a minha placenta		

Muito obrigada,

Local e data,

Assinatura

ANEXOS

ANEXO I

**Regulamento das Competências
Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de
Saúde Materna, Obstétrica e
Ginecológica - OE**



REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

*Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 11/09/2010*

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS



REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico; 6. Ginecologia - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade – assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESP.....
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Artigo 1º
Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2º
Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3º
Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4º
Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1. As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:
 - a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
 - b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
 - d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
 - e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
 - f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I)

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica realizada no dia 11 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enf.ª Irene Cerejeira



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

ANEXO I

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉrios de avaliação</i>
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez. H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.1. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.1. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto	H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina. H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério

6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação	H6.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.
---	--

7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

ANEXO II

**Competências Essenciais Para
a Prática Básica das Parteiras
– ICM**

CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS PARTEIRAS/ICM

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERCÍCIO BÁSICO DA OBSTETRÍCIA/2002

INTRODUÇÃO

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) é uma federação de associações de parteiras de 72 nações do mundo. A ICM trabalha intimamente com todas as agências da ONU em defesa da Maternidade Segura, nas estratégias de atenção à saúde primária das famílias do mundo, e na definição e preparação da parteira. Em consonância com os suas metas, com a **Definição Internacional de Parteira da ICM/OMS/FIGO (1992)**, com o **Código de Ética Internacional das Parteiras (1993)**, a **Visão Global para as Mulheres e a sua Saúde (1996)** e reivindicação das associações-membros, a ICM tomou a liderança para definir estas competências essenciais para as parteiras.

Ao longo deste documento, o termo “competências” é usado para se referir a um amplo enunciado que encabeça cada um dos seis domínios, como também o conhecimento básico, habilidades e comportamentos da “parteira profissional”¹, necessários para uma prática segura em qualquer situação. Cada um destes enunciados responde às perguntas: O que faz uma parteira? E o que ela faz está baseado em evidência?

É entendido que estas competências podem ser consideradas completas, em algumas áreas do mundo, e mínimas ou insuficientes em outras áreas. Alguns conhecimentos e habilidades estão separados em uma categoria “adicional”. Isto permite variação na preparação e prática das parteiras através do mundo, dependendo das necessidades da nação e/ou da comunidade local delas.

Igualmente, é reconhecido que as parteiras recebem conhecimento e habilidades por vários caminhos educacionais, estas competências são escritas para uso genérico pelas parteiras e associações de parteiras responsáveis pela educação e prática da obstetrícia no país ou região. As competências essenciais são diretrizes para quem estiver interessado em desenvolver a educação da parteira, do mesmo modo serve de informação para organismos governamentais e outras esferas que estabelecem normas, e que precisam entender o que é uma parteira, o que uma parteira faz, e como a parteira aprendeu a ser uma parteira.

É esperado que este documento seja submetido à avaliação contínua, enquanto é usado pelo mundo inteiro, as mudanças nas necessidades de cuidados de saúde às mulheres em idade reprodutiva e as suas famílias continuam ocorrendo.

¹ Considerando a realidade brasileira, o termo “parteira profissional” deve ser entendido como sinônimo de enfermeira obstétrica e obstetritz.

CONCEITOS-CHAVES DA OBSTETRÍCIA

Os conceitos-chaves da obstetrícia que definem o papel específico das parteiras na promoção à saúde das mulheres em idade reprodutiva e suas famílias incluem: parceria com as mulheres na promoção de autocuidado e da saúde das mulheres, de seus filhos e suas famílias; respeito à dignidade humana e às mulheres com todos os direitos humanos; defesa das mulheres a fim de que suas vozes sejam ouvidas; sensibilidade cultural, inclusive trabalhando com as mulheres e com os profissionais de saúde na tentativa de superar práticas culturais que prejudiquem as mulheres e seus bebês; ênfase na promoção à saúde e prevenção de doenças de maneira a ver a gravidez como um evento normal da vida. As parteiras reconhecem que a equidade de status das mulheres trará maior impacto na saúde global materno-infantil ao assegurar nutrição adequada, água limpa e saneamento; assim as parteiras estão comprometidas com a melhoria das condições básicas de vida, como também na promoção serviços de obstetrícia competentes.

O ALCANCE DA PRÁTICA

A extensão da prática obstétrica usada ao longo deste documento está fundamentada na Definição Internacional da Parteira da ICM/WHO/FIGO (1992). O exercício da prática em obstetrícia inclui o cuidado autônomo da menina, da adolescente e da mulher adulta, antes, durante e depois da gravidez. Isto significa que a parteira realiza supervisão necessária, cuidado e aconselhamento às mulheres durante gravidez, o parto e no período pós-parto. A parteira realiza partos sob sua própria responsabilidade e presta cuidados aos recém-nascidos. Esta assistência inclui supervisão da atenção primária à saúde na comunidade (medidas preventivas); orientação e educação sobre saúde para mulheres, família e comunidade, inclusive orientações para a maternidade/paternidade; o oferecimento de planejamento familiar; detecção de condições anormais na mãe e na criança; a obtenção de ajuda especializada quando necessário (consulta ou referência); e a execução de medidas de emergências primária e secundária na ausência de ajuda médica.

O exercício da prática em obstetrícia, idealmente, é conduzido dentro de um sistema de atenção à saúde baseado na comunidade, que pode incluir as parteiras tradicionais, curandeiros tradicionais, outros trabalhadores de saúde comunitária, médicos, enfermeiras e especialistas em centros de referência.

O MODELO DE CUIDADO EM OBSTETRÍCIA

O Modelo de Cuidado em Obstetrícia está baseado na premissa de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida. O Modelo de Cuidado em Obstetrícia inclui: monitorar o bem-estar físico, psicológico, espiritual e social da mulher/família ao longo do ciclo reprodutivo; proporcionar à mulher educação individualizada, orientação e cuidado pré-natal; dar assistência

continua durante o trabalho de parto, nascimento e pós-parto imediato; oferecer assistência contínua durante todo o período pós-natal, manter um mínimo de intervenções tecnológicas; e identificar e encaminhar as mulheres que requerem atenção em obstetrícia ou outra especialidade. Este modelo de cuidado é centrado na mulher e é a ela que deve prestar contas.

MODELO CONCEITUAL PARA A TOMADA DE DECISÃO EM OBSTETRÍCIA

As parteiras assumem responsabilidade e respondem pela sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados na atenção a cada mulher e família. A segurança e o bem-estar global da mulher são as principais preocupações da parteira. A parteira se esforça para apoiar as escolhas informadas da mulher, no contexto de uma experiência segura. O processo de tomada de decisão da parteira utiliza uma variedade de fontes de conhecimento e é dinâmico, respondendo à modificação do estado de saúde de cada mulher. As parteiras envolvem as mulheres e suas famílias em todas as partes do processo de tomada de decisão e no desenvolvimento de um plano de cuidado para uma experiência de gravidez e nascimento saudáveis.

PASSO 1: Coletar informação da mulher, do registro (prontuário) da mulher e da criança e de exames laboratoriais de um modo sistemático, para obter uma avaliação completa.

PASSO 2: Identificar problemas atuais ou potenciais, baseando-se na interpretação correta das informações obtida no Passo 1.

PASSO 3: Desenvolver um plano de cuidado, compreensivo, com a mulher e sua família, fundamentado nas necessidades da mulher e da criança, e de acordo com os dados coletados.

PASSO 4: Realizar o plano de cuidado e atualizá-lo continuamente, dentro de uma estrutura de tempo apropriado.

PASSO 5: Avaliar a efetividade do cuidado prestado à mulher e sua família, considerando outras alternativas em situações de insucesso, retornando ao PASSO 1 para coletar mais dado e/ou desenvolver um novo plano.

ENUNCIADOS GUIA PARA OS MEMBROS ASSOCIADOS

As competências essenciais para a prática básica da obstetrícia que seguem estão baseadas nos valores, visão, estratégias e ações usadas por aqueles que assistem às necessidades de saúde das mulheres e famílias em fase de educação e criação dos filhos. As associações-membro são

encorajadas a usar esta declaração da ICM sobre competências quando necessário em seus países, na educação, na regulamentação e desenvolvimento de padrões de prática para parteiras, como também em políticas necessárias para fortalecer a obstetrícia.

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERCÍCIO BÁSICO DA OBSTETRÍCIA

MAIO 2002

DOMÍNIO: CONHECIMENTOS, HABILIDADES E COMPORTAMENTOS GERAIS

Competência #1: As(os) Parteiras(os) Profissionais têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.

Conhecimento e habilidades básicas:

1. Respeitar a cultura local (costumes/hábitos).
2. Práticas de saúde tradicional e moderna (benéfico e prejudicial).
3. Práticas de saúde baseada em evidências científicas
4. Recursos para atenção e transporte (cuidado de emergência).
5. Estratégias para defender e fortalecer (empoderar) as mulheres.
6. Entender os direitos humanos e seus efeitos sobre a saúde.
7. Conhecer os riscos e benefícios dos centros disponíveis para atender aos nascimentos.
8. Indicações e procedimentos para ressuscitação cardiopulmonar do adulto e da criança.
9. Habilidades para reunir, utilizar e manter equipamentos e materiais apropriados para a prática.

Conhecimento e habilidades adicionais

10. Princípios de epidemiologia, educação sanitária, diagnóstico comunitário e estatísticas vitais ou registros.
11. Infra-estrutura de saúde locais e nacionais; como ter acesso a recursos necessários para o cuidado de obstetrícia.

12. Princípios de atenção primária baseada na comunidade, utilizando estratégias de promoção de saúde e de prevenção de doença.
13. Programa de Imunização Nacional (provisão do mesmo ou conhecimento de como ajudar os membros da comunidade a ter acesso aos serviços de imunização).

Comportamento profissional – A Parteira Profissional:

1. É responsável e responde pelas decisões clínicas que toma.
2. Mantém conhecimento e habilidades atualizados para possibilitar uma prática atual.
3. Usam precauções universais, estratégias de controle de infecção e técnicas higiênicas.
4. Realiza consulta de enfermagem e encaminhamentos apropriados nos cuidados que oferecer.
5. Não emite julgamentos de valor e respeita a cultura.
6. Trabalha em conjunto com as mulheres e as apóia para fazerem escolhas informadas sobre sua saúde.
7. Usa habilidades apropriadas de comunicação e fomenta atividades científicas
8. Trabalha de forma colaborativa com outros trabalhadores de saúde, especialmente a equipe médica, ampliando a qualidade da assistência prestada às mulheres e famílias.

DOMÍNIO: ATENÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL E MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Competência #2: As(os) Parteiras(os) Profissionais fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.

Conhecimento básico de:

1. Crescimento e desenvolvimento relacionados à sexualidade, desenvolvimento sexual e atividade sexual.
2. Anatomia e fisiologia masculina e feminina relacionada à concepção e reprodução.
3. Normas e práticas culturais relacionadas à sexualidade, às práticas sexuais e à reprodução.
4. Componentes da história clínica pessoal, familiar e história genética pertinente.
5. Educação para a saúde dirigida à saúde reprodutiva, doenças sexualmente transmitidas (DSTs), HIV/AIDS e sobrevivência infantil.
6. Métodos naturais para espaçar as gestações e outros métodos de planejamento familiar que

estejam disponíveis no local e que sejam culturalmente aceitos.

7. Métodos de contracepção de barreira, hormonais, mecânicos, químicos e métodos cirúrgicos de contracepção e indicações para uso.

8. Métodos de aconselhamento para as mulheres que precisam tomar decisões sobre métodos de planejamento familiar.

9. Sinais e sintomas de infecção do trato urinário e de doenças de transmissão sexual comuns na área.

Conhecimento adicional de:

10. Fatores que envolvem decisões relativas a gestações não planejadas ou não desejadas.

11. Indicadores de doenças agudas e crônicas mais comuns, específicas de uma área geográfica do mundo, e processo de encaminhamento para exame/tratamento.

12. Indicadores e métodos de orientação/encaminhamento para os problemas de relações interpessoais que incluem problemas sexuais, violência doméstica, abuso emocional e negligência física.

Habilidades básicas:

1. Obter uma história clínica completa.

2. Executar um exame físico com enfoque na condição em que a mulher se apresenta.

3. Solicitar e interpretar exames laboratoriais comuns, como por exemplo, os que estão propostos pelos manuais do Ministério da Saúde.

4. Usar adequadamente sua habilidade para a educação em saúde e aconselhamentos básicos.

5. Proporcionar métodos de planejamento familiar disponíveis no local e que são aceitos culturalmente.

6. Registrar os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

7. Utilizar microscópio e outro equipamento básico que lhe permita assistir a cliente de maneira integral e não extrapole sua competência

8. Oferecer todos os métodos anticoncepcionais disponíveis; de barreira, hormonal, mecânicos, e químicos de contracepção.

9. Realizar ou solicitar a coleta de citologia cervical (teste de Papanicolau).

DOMÍNIO: ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ

Competência #3: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.

Conhecimento básico de:

1. Anatomia e fisiologia do corpo humano.
2. Ciclo menstrual e processo de concepção.
3. Sinais e sintomas da gravidez.
4. Como confirmar uma gravidez.
5. Diagnóstico de uma gravidez ectópica e gestação múltipla.
6. Determinação da idade gestacional pela história menstrual, tamanho de útero e/ou dos padrões de crescimento do fundo uterino.
7. Elementos da história clínica.
8. Elementos do exame físico focado nas visitas de pré-natal.
9. Resultados normais de exames laboratoriais, definidos segundo as necessidades comuns da área geográfica, definidos de acordo com protocolo da instituição para acompanhamento das gestantes de baixo risco. Exemplo: urina rotina, glicemia, parasitológico, urocultura, hemoglobina, hematócrito, sorologias (VDRL, Toxoplasmose, HIV), Coombs.
10. Evolução normal da gravidez: modificações corporais, desconfortos comuns, padrões de crescimento esperados para fundo uterino.
11. Mudanças psicológicas normais na gravidez e impacto da gestação na família.
12. Como determinar o bem-estar fetal durante a gravidez, incluindo a frequência cardíaca fetal e padrões de atividade.
13. Necessidades nutricionais da mulher grávida e do feto.
14. Crescimento e desenvolvimento fetal básico.
15. Necessidades de educação relativa às mudanças corporais normais durante a gravidez, alívio de desconfortos comuns, higiene, sexualidade, nutrição, trabalho dentro e fora de casa.
16. Preparação para o parto, nascimento e maternidade.
17. Preparação da casa/família para receber o recém-nascido.
18. Indicadores do início do trabalho de parto.
19. Como explicar e apoiar o aleitamento materno.
20. Técnicas para relaxamento e medidas disponíveis para o alívio da dor no parto.

21. Efeitos de medicamentos prescritos sobre a gravidez e o feto, drogas proibidas, medicamentos tradicionais e medicamentos sem receita.
22. Efeitos do fumo, uso de álcool e uso de drogas ilícitas na mulher grávida e no feto.
23. Sinais e sintomas de condições que podem colocar em risco a vida da mulher grávida; ex: pré-eclâmpsia, sangramento vaginal, trabalho de parto prematuro, anemia severa.

Conhecimento adicional de:

24. Sinais, sintomas e indicações para encaminhamento da mulher para outro serviço devido a complicações e condições da gravidez. Ex: asma, infecção por HIV, diabetes, problemas cardíacos, gravidez prolongada.
25. Efeitos, sobre a gravidez e o feto, de condições crônicas e agudas já citadas.

Habilidades básicas:

1. Realizar a história inicial e em cada consulta pré-natal durante o acompanhamento.
2. Realizar o exame físico e explicar à mulher os achados.
3. Verificar e avaliar os sinais vitais maternos, inclusive temperatura, pressão sanguínea, e pulso.
4. Avaliar a nutrição materna e sua relação com o crescimento do feto.
5. Fazer exame abdominal completo, incluindo a medida da altura uterina, posição, situação, apresentação (Manobras de Leopold) e descida do feto.
6. Avaliar o crescimento fetal.
7. Auscultar a frequência cardíaca fetal e palpar o útero para determinar padrão de atividade fetal.
8. Calcular a data provável do parto.
9. Orientar as mulheres e famílias sobre sinais de perigo e quando e como entrar em contato com a unidade de saúde.
10. Orientar e demonstrar medidas para diminuição dos desconfortos comuns da gravidez.
11. Orientar a elaboração do Plano de Parto (Oferecer um roteiro e preparação básica para o parto, nascimento e maternidade).
12. Identificar alterações de normalidade durante a evolução da gravidez, e encaminhar para o profissional médico nas situações abaixo:
 - a. nutrição materna baixa ou inadequada,
 - b. crescimento fetal inadequado,
 - c. pressão sanguínea elevada, proteinúria, presença de edema significativo, cefaléias severas, alterações visuais, dor epigástrica associada com pressão sanguínea elevada,
 - d. sangramento vaginal,
 - e. gestação múltipla, posição anormal do feto a termo,

- f. morte fetal intra-uterina,
- g. rotura prematura das membranas.
- h. oligoâmnio e polidrâmnio
- i. sofrimento fetal

13. Realizar medida de reanimação de forma competente.
14. Registrar os achados da história clínica, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.
15. Orientar e aconselhar as mulheres sobre hábitos de saúde; ex: nutrição, exercício, segurança, abandono do fumo.
16. Monitorar a frequência cardíaca fetal com Doppler.
17. Identificar e encaminhar para serviços de pré-natal de alto risco, quando ocorrerem alterações de normalidade da gravidez tais como:
 - a. pequeno ou grande para a idade gestacional,
 - b. suspeita de polidrâmnio, diabetes, anomalia fetal (ex: oligúria),
 - c. resultados anormais de exames laboratoriais,
 - d. infecções, como doenças sexualmente transmitidas (DSTs), vaginites, infecção do trato urinário, infecção das vias respiratórias superiores,
 - e. Avaliação fetal na gravidez de pós-termo.

DOMÍNIO: ATENÇÃO DURANTE O PARTO E NASCIMENTO

Competência #4: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, e culturalmente sensível. Conduzem um parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Conhecimento básico de:

1. Fisiologia do parto.
2. Anatomia do crânio fetal, diâmetros críticos e pontos anatômicos importantes.
3. Aspectos psicológicos e culturais do parto e nascimento.
4. Indicadores do início do trabalho de parto.
5. Progressão normal do parto e como usar o partograma ou ferramenta semelhante.
6. Medidas para avaliar o bem-estar fetal durante o parto.
7. Medidas para avaliar o bem-estar materno durante o parto.

8. Processo de descida fetal através da pelve durante o parto e nascimento.
9. Medidas de conforto durante o parto: ex: presença de acompanhante de escolha da mulher ou família, mudança de posição, hidratação, apoio emocional e métodos não-farmacológicos de alívio da dor.
10. Transição do recém-nascido para a vida extra-uterina.
11. Cuidados físicos do recém-nascido - respiração, calor, alimentação. Avaliações dos índices de: APGAR; Capurro Somático; Ballard e outros.
12. Promoção de contato pele a pele do recém-nascido com mãe, quando apropriado.
13. Meios para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo.
14. Manejo fisiológico do 3º período do parto.
15. Indicações para medidas de emergência: ex: placenta retida, distócia de ombro, sangramento uterino por atonia, asfixia neonatal.
16. Indicações para o parto cirúrgico: ex: sofrimento fetal, desproporção céfalopélvica.
17. Indicadores de complicações no parto: sangramento, parada na evolução do parto, distócia de apresentação, eclâmpsia, sofrimento materno, sofrimento fetal, infecção, prolapso de cordão.
18. Princípios de manejo ativo do 3º período do parto.

Habilidades básicas:

1. Realizar uma história específica e controlar os sinais vitais maternos, durante o trabalho de parto.
2. Realizar exame físico e obstétrico.
3. Fazer exploração/palpação abdominal completa para determinar posição, apresentação e descida fetal.
4. Avaliar a frequência e duração das contrações uterinas.
5. Realizar um toque vaginal completo e preciso para avaliar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve.
6. Acompanhar a evolução do trabalho de parto, usando o partograma ou instrumento semelhante para registro.
7. Fornecer apoio psicológico para a mulher e sua família.
8. Oferecer dieta líquida e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto.
9. Fornecer cuidados para eliminações vesico-intestinais.
10. Identificar prontamente padrões anormais na evolução do parto, e identificar as intervenções e/ou encaminhamentos apropriados e oportunos.
11. Executar manobras manuais apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida.
12. Manejar uma circular de cordão no parto.
13. Fazer episiotomia e episiorrafia se necessário.

14. Suturar as lacerações perineais e vaginais (1º e 2º), se necessário
15. Realizar anestesia local ou locorregional.
16. Dar suporte no processo fisiológico do 3º período do parto.
17. Conduzir ativamente o 3º período do parto incluindo:
 - a. administração de ocitocina,
 - b. pinçamento e corte precoce do cordão,
 - c. tração controlada do cordão.
18. Prevenir a inversão uterina durante o 3º período do parto.
19. Inspecionar a placenta e membranas para verificar se estão íntegras.
20. Estimar a perda de sangue materno.
21. Inspecionar se ocorreu laceração na vagina e na cérvix.
22. Realizar o manejo da hemorragia pós-parto.
23. Proporcionar um ambiente seguro para promover o vínculo mãe/filho.
24. Iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo.
25. Realizar exame físico específico no recém-nascido.
26. Registrar os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

27. Identificar e manejar um prolapso de cordão umbilical.
28. Puncionar veia, colher sangue, fazer testes de hematócrito e hemoglobina.
29. Administrar ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto.
30. Transferir a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência.
31. Solicitar a avaliação do profissional médico nos casos de distócia.

DOMÍNIO: ATENÇÃO PÓS NATAL À MULHER

Competência #5: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.

Conhecimento básico de:

1. Processo normal de involução e cicatrização depois do parto [incluindo depois de um aborto].

2. Processo de lactação e alterações frequentes, tais como: ingurgitamento, pouco leite, etc.
3. Nutrição materna, repouso, atividades e necessidades fisiológicas (ex: bexiga).
4. Necessidades nutricionais do recém-nascido.
5. Vínculo e apego pais-filho; ex: como promover relações positivas.
6. Indicadores de sub- involução ex: sangramento uterino persistente, infecção.
7. Indicações de problemas no aleitamento materno.
8. Sinais e sintomas de condições de risco de vida; ex: sangramento vaginal persistente, retenção urinária, incontinência fecal, pré-eclâmpsia no pós-parto.
9. Transtornos psicológicos decorrentes da adaptação da maternidade

Conhecimento adicional de:

10. Indicadores de determinadas complicações no período pós-natal: ex: anemia persistente, hematoma, embolia, mastite, depressão, tromboflebites.
11. Necessidade de cuidados e orientação, durante e depois do aborto.
12. Sinais e sintomas de complicações de aborto.
13. Alterações comportamentais pela assunção da maternidade

Habilidades básicas:

1. Realizar uma história clínica seletiva, incluindo detalhes da gravidez, parto e nascimento.
2. Realizar exame físico específico para a mãe.
3. Avaliar a involução uterina e a cicatrização das lacerações/suturas.
4. Apoiar o início precoce do aleitamento materno exclusivo.
5. Orientar a mãe sobre autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, incluindo o descanso e a nutrição.
6. Identificar hematomas, para tratamento e encaminhamento, se necessário.
7. Identificar sinais de infecção materna, para tratamento e encaminhamento, se necessário.
8. Registrar os resultados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

9. Assessorar a mulher/família sobre sexualidade e planejamento familiar depois do parto.
10. Assessorar e apoiar a mulher no pós-aborto.
11. Encaminhar em determinadas complicações.

DOMÍNIO: ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO (ATÉ 2 MESES DE IDADE)

Competência # 6: As(os) Parteiras(os) Profissionais proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.

Conhecimento básico de:

1. Adaptação do recém-nascido para vida extra-uterina.
2. Necessidades básicas de recém-nascido: respiração, calor, nutrição, apego.
3. Elementos de avaliação das condições imediatas do recém-nascido; ex: sistema de avaliação APGAR para a respiração, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e cor.
4. Aparência geral e comportamento do recém-nascido.
5. Crescimento e desenvolvimento normal do recém-nascido e lactente.
6. Particularidades de alguns recém-nascidos normais; ex: “caput”, moldagem da cabeça, manchas mongólicas, hemangiomas, hipoglicemia, hipotermia, desidratação, infecção.
7. Elementos da promoção de saúde e prevenção de doença em recém-nascido e lactente.
8. Necessidade de imunização, riscos e benefícios para o lactente até 2 meses de idade.

Conhecimento adicional de:

9. Complicações específicas do recém-nascido, ex: icterícia, hematoma, amoldamento anormal do crânio fetal, irritação cerebral, danos não-acidentais, causas de morte súbita infantil.
10. Crescimento e desenvolvimento normal do recém-nascido pré-termo até 2 meses de idade.

Habilidades básicas:

1. Vias aéreas livres para manter a respiração.
2. Manter o calor corporal, evitando aquecer demais.
3. Avaliar a condição imediata do recém-nascido; ex. APGAR ou outros métodos de avaliação.
4. Executar um exame físico específico no recém-nascido para detectar condições incompatíveis com a vida.
5. Posicionamento da criança para amamentar.
6. Educar os pais sobre sinais de perigo e quando levar a criança para receber cuidado.
7. Iniciar medidas de emergência para dificuldade respiratória (reanimação de recém-nascido), hipotermia, hipoglicemia, parada cardíaca
8. Transferir recém-nascido para receber cuidado de urgência, quando disponível.
9. Registrar os resultados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

10. Identificar a idade gestacional.
11. Educar os pais sobre crescimento e desenvolvimento normal, e cuidado da criança.
12. Ajudar os pais a terem acesso aos recursos disponíveis na comunidade para a família.
13. Apoiar pais que vivenciam um nascimento com malformação congênita, perda de gestação, ou morte neonatal.
14. Apoiar pais durante a transferência do recém-nascido.
15. Apoiar pais com nascimentos múltiplos.

ANEXO III

**Lei 9/2009 de 4 de
Março**

5 — Parteira

B — Ensino prático e ensino clínico

5.1 — Programa de estudos para as parteiras
(vias de formação i e ii)

O programa de estudos para obtenção do título de parteira inclui as duas vertentes seguintes:

A — Ensino teórico e técnico

Disciplinas de base:

- Noções fundamentais de anatomia e de fisiologia;
- Noções fundamentais de patologia;
- Noções fundamentais de bacteriologia, virologia e parasitologia;
- Noções fundamentais de biofísica, bioquímica e radiologia;
- Pediatria, nomeadamente no que respeita ao recém-nascido;
- Higiene, educação sanitária, prevenção das doenças, rastreio precoce;
- Nutrição e dietética, nomeadamente no que respeita à alimentação da mulher, do recém-nascido e do lactente;
- Noções fundamentais de sociologia e problemas da medicina social;
- Noções fundamentais de farmacologia;
- Psicologia;
- Pedagogia;
- Legislação sanitária e social e organização sanitária;
- Deontologia e legislação profissional;
- Educação sexual e planeamento familiar;
- Protecção jurídica da mãe e da criança.

Disciplinas específicas das actividades de parteira:

- Anatomia e fisiologia;
- Embriologia e desenvolvimento do feto;
- Gravidez, parto e puerpério;
- Patologia ginecológica e obstétrica;
- Preparação para o parto e para a maternidade e paternidade, incluindo os aspectos psicológicos;
- Preparação do parto (incluindo o conhecimento e a utilização do material obstétrico);
- Anestesia, anestesia e reanimação;
- Fisiologia e patologia do recém-nascido;
- Cuidados e vigilância do recém-nascido;
- Factores psicológicos e sociais;

Este ensino é ministrado sob orientação apropriada:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação activa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos — A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgos simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetria;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

O ensino teórico e técnico deve ser ponderado e coordenado com o ensino clínico (parte B do programa), de tal modo que os conhecimentos e experiências previstos neste anexo possam ser adquiridos de forma adequada.

O ensino clínico deve ser efectuado sob forma de estágios orientados nos serviços de um centro hospitalar ou em outros serviços de saúde aprovados pelas autoridades ou organismos competentes — Durante essa formação, os formandos participarão nas actividades dos serviços em causa, na medida em que contribuam para a sua formação, e serão iniciados nas responsabilidades que as actividades de parteira implicam.

5.2 — Títulos de formação de parteira

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Alemanha	Zeugnis über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger	Staatlicher Prüfungsausschuss	- Hebamme - Entbindungspfleger	23 de Janeiro de 1983
Áustria	Hebammen-Diplom	- Hebammenakademie - Bundeshebammenlehranstalt	Hebamme	1 de Janeiro de 1994
Bélgica	Diploma van vroedvrouw/Diplôme d'accoucheuse	- De erkende opleidingsinstellingen/Les établissements d'enseignement - De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le jury compétent d'enseignement de la Communauté française	Vroedvrouw/ Accoucheuse	23 de Janeiro de 1983
Bulgária	Диплома за висше образование на образователно-квалификационна степен «Бакалър» с професионална квалификация «Акушерка»	Университет	Акушерка	1 de Janeiro de 2007